

# Jurnal

---

## Kebidanan dan Keperawatan

---

Vol. 10 No. 2, Desember 2014

ISSN 1858-0610

<b>Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> pada Pasien <i>Post Sectio Caesaria</i></b> Siti Istiyati, Samsi Haryanto, Jarot Subandono	103-114
<b>Hubungan Kebiasaan Makan dengan Kejadian Obesitas</b> Noorwahyu Trihidayati, Tiwi Sudyasih	115-121
<b>Implementasi Kebijakan Program Nasional Masa Nifas pada Bidan Praktik Swasta</b> Retno Heru Setyorini, Fitriani Mediastuti	122-129
<b>Gambaran Stres Mahasiswa Terhadap Prestasi Belajar Mahasiswa Keperawatan</b> Agnes Erida Wijayanti, Anastasia Sari Kusumawati	130-136
<b>Analisis Mutu Pelayanan Kebidanan Terhadap Kepuasan Pasien <i>Post Sectio Caesaria</i></b> Fitnaningsih Endang C, Samsi Haryanto, Jarot Subandono	137-146
<b>Kelas Bapak dan Pengetahuan Suami tentang Tanda Bahaya Kehamilan</b> Dedeh Supriatin, Yuliasti Eka Purnamaningrum, Yuni Kusmiyati	147-153
<b>Analisis Determinan Perilaku Pasien dalam Pencegahan Komplikasi Penyakit Diabetes Mellitus</b> Miming Oxyandi	154-162
<b>Komunikasi Interpersonal Antara Dosen dan Mahasiswa Terhadap Motivasi Belajar dan Prestasi Akademik Mahasiswa</b> Fauzi Abubakar	163-171
<b>Gambaran Perubahan Hidup Klien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa</b> Arnika Dwi Asti, Achir Yani S. Hamid, Yossie Susanti Eka Putri	172-185
<b>Analisa Persepsi Orang Tua tentang Kekekrasan pada Anak di Ponorogo</b> Metti Verawati, Hery Ernawati	186-192
<b>Pengetahuan Ibu tentang Perawatan Tali Pusat Berhubungan dengan Waktu Lepas Tali Pusat</b> Puji Hastuti	193-198
<b>Inisiasi Menyusu Dini Mempercepat <i>Onset</i> Laktasi</b> Retno Mawarti, Suci Mayasari	199-206
<b>Pengaruh Inisiasi Menyusu Dini Terhadap Proses Involusio Uterus pada Ibu Post Partum</b> Sarwinanti	207-213

Indeks Subjek Jurnal Kebidanan dan Keperawatan (JKK) Vol. 10, No 2, Tahun 2014

Indeks Pengarang Jurnal Kebidanan dan Keperawatan (JKK) Vol. 10, No 2, Tahun 2014

Daftar Nama Mitra Bestari sebagai Penelaah Tahun 2014



# **PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* PADA PASIEN *POST SECTIO CAESARIA***

**Siti Istiyati, Samsi Haryanto, Jarot Subandono**

Universitas Negeri Sebelas Maret

E-mail: bundaisty22@yahoo.com

**Abstract:** The qualitative research with phenomenological approach aims to investigate the implementation of Discharge Planning by officers in the room Sakinah PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Research conducted on three key informants, namely the head of the room, the midwife coordinator of the room, and patient. The data collected using in-depth interview, content analysis, and observation. Analysis hypothesis by triangulation method shows the implementation of discharge planning is not perfect and there is no standardized format specifically for obstetric patients. Discharge planning evaluation results showed 81% for independence bathing the baby. Implementation constraints discharge planning is the reluctance of patients, human resources not understand the purpose of discharge planning and midwives were not involved in planning the discharge of patients.

**Keywords:** discharge planning, patient repatriation, patient autonomy

**Abstrak:** Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan Discharge Planning oleh petugas di ruang Sakinah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penelitian dilakukan terhadap tiga informan kunci, yaitu kepala ruangan, bidan koordinator ruangan, dan pasien. Pengumpulan data dengan in-depth interviewing, content analysis, dan observation. Analisa hipotesis dengan metode triangulasi menunjukkan pelaksanaan discharge planning belum sempurna dan belum ada format terstandar khusus untuk pasien kebidanan. Hasil evaluasi pelaksanaan discharge planning menunjukkan 81% untuk kemandirian memandikan bayi. Kendala pelaksanaan discharge planning adalah adanya keengganan pasien, sumber daya manusia belum memahami tujuan discharge planning dan bidan tidak dilibatkan dalam penyusunan rencana pemulangan pasien

**Kata kunci:** discharge planning, pemulangan pasien, kemandirian pasien

## PENDAHULUAN

Persalinan *Sectio Caesaria (SC)* sering menimbulkan ketidakmandirian pasien, karena sakit yang ditimbulkan setelah operasi, pasien merasa lemah dan kurang mobilisasi atau aktifitas (Hidayat, 2004). Faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian perawatan pasien *post sectio caesaria* antara lain pengetahuan pasien, usia, pendidikan, pekerjaan, pengalaman, budaya atau adat istiadat, dukungan keluarga, serta petugas kesehatan. Oleh karena itu, sebelum pemulangan pasien dan keluarga perlu mengetahui bagaimana cara melakukan perawatan di rumah sebagai upaya peningkatan pengetahuan klien guna mencapai kemandirian pasien. Peran perawat dibutuhkan dalam memberikan edukasi dengan pemberian *discharge planning* kepada pasien dan keluarga (Swasono, 1998).

Sebelum pemulangan, pasien dan keluarga harus mengetahui cara manajemen pemberian perawatan di rumah dan mampu memperhatikan masalah fisik yang berkelanjutan, karena kegagalan untuk mengerti pembatasan dapat menyebabkan peningkatan komplikasi pada pasien (Perry and Potter, 2005). *Discharge planning* bertujuan untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk kembali ke rumah sebagai tahap pencapaian kemandirian yang tertinggi kepada pasien, teman, dan keluarga dengan menyediakan, serta memandirikan aktivitas perawatan diri. *Discharge planning* merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk meninggalkan rumah sakit dan untuk mempertahankan kontinuitas perawatan.

Pasien yang tidak mendapat pelayanan sebelum pemulangan, terutama pasien yang memerlukan perawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan dan

pelayanan komunitas, biasanya akan kembali ke ruang kedaruratan dalam 24-48 jam, dan kemudian pulang kembali. Kondisi kekambuhan pasien ini tentunya sangat merugikan pasien, keluarga dan juga rumah sakit. Rumah sakit yang mengalami kondisi ini lambat laun akan ditinggalkan oleh pelanggan.

Berdasarkan studi pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terdapat 52 pasien dengan SC selama bulan Juli sampai Agustus 2012. Rumah sakit sudah melaksanakan program *discharge planning* bagi pasien, dari hasil wawancara, tiga dari empat pasien mengatakan bahwa sampai pada saat pulang masih belum yakin atau ragu-ragu apakah mampu melakukan perawatan bayinya sendiri di rumah. Dari uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang pelaksanaan *discharge planning* pada pasien *post sectio caesaria* di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang dilakukan di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta terhadap tiga informan kunci, yaitu kepala ruangan, bidan koordinator, dan pasien ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan cara *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara *in-depth interviewing*, *content analysis*, dan *observation*. Uji hipotesis dilakukan dengan cara triangulasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dimana Rumah Sakit PKU Muhammadiyah adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang merupakan salah satu amal

**Tabel 1. Data Informan**

Informan	Jabatan	Masa Jabatan	Pendidikan
Informan 1	Kepala Ruangan	Dari 2011 sampai sekarang	D-III Kebidanan
Informan 2	Bidan Koordinator	Dari 2011 sampai sekarang	D-III Kebidanan
Informan 3	Pasien	5 Hari	SMK

usaha Pembina Kesejahteraan Umat Muhammadiyah.

Jenis pelayanan dan fasilitas pelayanan kebidanan pada kasus kegawatdaruratan obstetri-ginekologi langsung dilakukan dikamar bersalin melalui IGD dan tindakan operative *sectio caesaria* pada pasien.

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa informan penelitian adalah kepala ruangan, bidan koordinator, dan pasien dengan jenis kelamin perempuan untuk keseluruhan responden.

#### **Penyusunan Perencanaan Program *Discharge Planning* di Ruang Sakinah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

Penyusunan sebuah rencana pemulangan perlu dibentuk sebuah tim dari berbagai disiplin ilmu yang melibatkan keluarga, sebab keluarga akan membantu proses pelaksanaan dari perencanaan pemulangan setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit. Literatur medis menjelaskan bahwa rencana pemulangan merupakan tanggung jawab dari dokter, sehingga dokter yang berhak mengendalikan kerja dari tim dan setiap anggota tim bekerja dan berinteraksi dalam rangka memenuhi kebutuhan dari klien dan keluarga atas dasar keahlian masing-masing (Jackson, 1994). Perencanaan pemulangan didasarkan pada kebutuhan klien yang didapatkan dari hasil pengkajian lengkap oleh tim sehingga dapat direncanakan tanggal pemulangan dengan melibatkan pasien dan keluarga dan pemberi pelayanan. Perencanaan pemulangan juga melibatkan petugas pelayanan komunitas dalam hal ini adalah puskesmas (Bull & Robert, 2001).

Proses penyusunan perencanaan program *discharge planning* tidak bisa disusun oleh hanya satu pihak saja, baik itu bidan, dokter, atau bahkan klien dan keluarga saja. Penyusunan perencanaan program *discharge planning* harus disusun oleh tim dari berbagai disiplin ilmu yang melibatkan keluarga dengan dokter sebagai penanggung jawab atau ketua tim dari berbagai disiplin ilmu sebagai anggotanya. Hal ini tentunya akan berpengaruh pada hambatan yang sering timbul dalam perencanaan pelaksanaan *discharge planning*.

Dalam pelaksanaan *discharge planning*, peneliti mendapatkan data tentang proses penyusunan perencanaan program yang belum memaksimalkan tim dari berbagai disiplin ilmu. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh dua informan.

Informan 1 selaku Kepala Ruangan Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta menyampaikan:

“ ... Penyusunan format *discharge planning* dilakukan oleh tim keperawatan di rumah sakit, petugas di ruangan tidak diikutsertakan dalam penyusunan sehingga petugas di ruangan tinggal melaksanakan sesuai dengan format yang sudah ada ... ” (Informan 1).

Informan 2 sebagai Bidan Koordinator Ruangan Sakinah RSU PKU Muhammadiyah mengatakan bahwa:

“...Tidak, sebagai bidan pelaksana kami tinggal melaksanakannya saja sesuai dengan format yang telah

*ada, sosialisasi yang kami terima hanya untuk pengisiannya saja tidak pada waktu penyusunan discharge planning .....*” (Informan 2).

Berdasarkan kutipan wawancara yang sudah dilakukan terhadap informan 1 dan informan 2 tersebut dapat diketahui bahwa proses penyusunan perencanaan *discharge planning* tidak melibatkan bidan pelaksana atau perawat pelaksana dari ruangan, tapi hanya dilakukan oleh tim keperawatan rumah sakit. Bidan pelaksana atau perawat ruangan hanya menerima sosialisasi format dan cara pengisian format *discharge planning* yang ada. Sebagaimana disampaikan oleh Kepala Ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta berikut ini:

*“ ... tim keperawatan tersebut terdiri dari manajer keperawatan dan asisten manajer keperawatan bagian asuhan keperawatan, mereka yang menyusun format perencanaan discharge planning... ”* (Informan 1).

Keterangan tersebut di atas jelas tidak sama dengan teori yang telah diungkapkan oleh Markey dan Igo (1987) dalam Jackson (1994), bahwa seharusnya perawat atau bidan pelaksana yang paling mengerti kebutuhan klien selama 24 jam. Oleh karena itu, perawat atau bidan pelaksana perlu dilibatkan dalam penyusunan program *discharge planning*. Sebagaimana diketahui dari hasil wawancara, yang mengatakan bahwa secara khusus format *discharge planning* untuk ruang kebidanan belum ada, sehingga masih menggunakan format *discharge planning* secara umum.

*“ ... maksud kami pada format yang ada sekarang masih secara umum bisa digunakan untuk semua pasien, harapan kami dalam format sudah ada perencanaan yang khusus tentang kebidanan, ya tentang perawatan ibu maupun bayinya sehingga*

*kami lebih mudah dalam melakukan pendokumentasian... ”* (Informan 1).

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa dalam penyusunan perencanaan program *discharge planning* seharusnya melibatkan multi disiplin ilmu misalnya tentang bagaimana nutrisi pasien, laboratorium, farmasi, fisioterapi, dan atau yang lainnya. Sebagaimana diungkapkan oleh Simmons (1986) yang dikutip oleh Jackson (1994) bahwa suatu rencana pulang akan efektif bila ada tanggung jawab bersama (multidisiplin ilmu dalam tim) dalam memberikan pelayanan pada klien dan keluarga.

Sebagaimana teori yang dikemukakan oleh Harper (1998), perencanaan pulang pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan spesifik klien. Kelompok bidan berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang klien. Sebagaimana hasil yang didapatkan dari wawancara pada penelitian ini, bahwa dalam format yang telah tersedia telah mencakup multidisiplin ilmu dari kebutuhan spesifik klien, meskipun belum ada format khusus untuk masing-masing klien dan ruangan (pasien kebidanan, penyakit dalam, atau yang lainnya). Hal tersebut dapat diketahui dari pernyataan yang disampaikan oleh informan 1 sebagaimana berikut ini :

*“ ... ya memang dalam format tersebut sudah berisi tentang obat-obatan yang harus diminum atau dibawa pada pasien saat pulang, nutrisi yang harus dikonsumsi oleh pasien, istirahat pasien selama di rumah, kolom lain-lain yang biasanya kami isi dengan nasehat tentang perawatan bayi dan nifas .....* ” (Informan 1).

*“ .....ya dalam format sudah ada kolom tentang diet pasien dan dalam kolom tersebut ditulis diet yang harus dilakukan atau nutrisi yang*

harus di konsumsi oleh pasien selama di rumah ....? (Informan 1).

“...khusus untuk pemeriksaan penunjang sudah ada kolom yang menyatakan pemeriksaan penunjang apa yang dilakukan pada pasien dan hasil pemeriksaan yang dibawa pada saat pasien pulang... “ (Informan 1).

“...bila pasien harus melakukan pemeriksaan penunjang sebelum kontrol biasanya kami beritahu terlebih dahulu baik pasien maupun keluarganya dan di berikan pengantar sesuai dengan pemeriksaan yang dibutuhkan dan dalam pendokumentasian kami masukkan dalam kolom lain-lain ....” (Informan 2).

Semua pasien yang dihospitalisasi memerlukan *discharge planning*, namun ada beberapa kondisi yang menyebabkan pasien berisiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien pulang, seperti pasien yang menderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen (Rice, 1992, dalam Perry & Potter, 2005). Sebagaimana yang dikatakan informan 1 berikut ini:

“... ya semua pasien nifas sudah dilakukan *Discharge Planning* baik itu pasien nifas dengan *post sectio caesaria* ataupun pasien yang dengan *post partus normal* atau dengan tindakan lain ...” (Informan 1).

Tujuan dilakukan *discharge planning* antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis. Mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga dengan memfasilitasi dan memandirikan aktivitas perawatan diri (Royalmarsden, 2004). Sehingga dalam penyusunan sebuah rencana pemulangan perlu dibentuk sebuah tim dari

berbagai disiplin ilmu yang melibatkan keluarga. Sebagaimana yang disampaikan oleh informan 1 berikut ini:

“ ... keluarga juga kami libatkan apalagi pasien nifas *post sectio caesaria* karena pasien biasanya masih sangat membutuhkan keluarga sampai pasien pulang ... “ (Informan 1).

Pada perencanaan evaluasi penyusunan perencanaan program *discharge planning* perlu dilaksanakannya evaluasi baik selama mengalami hospitalisasi maupun ketika sudah pulang atau di rumah, dan juga dibuat pula standar evaluasi *discharge planning* tersebut. Hal ini hampir sama dengan apa yang disampaikan oleh informan 1 berikut ini:

“ ... evaluasi yang pertama adalah selama pasien masih di rumah sakit atau sebelum pasien pulang, dilakukan evaluasi tentang kemandirian pasien dalam perawatan bayinya ... “ (Informan 1).

“... ya sebetulnya harusnya dilakukan tetapi sampai saat ini dalam melakukan evaluasi baru sebatas di rumah sakit saja belum dilakukan evaluasi setelah pasien pulang ... ? (Informan 1).

“ ... seharusnya setelah pulang pasien dilakukan pemantauan untuk mengetahui kondisi pasien setelah kepulangannya terutama untuk keberlanjutan pemberian ASI nya bisa dengan melakukan home care dan melakukan evaluasi pemberian ASI nya melalui telepon tetapi sampai saat ini belum terlaksana ... ? (Informan 1)

Hambatan pelaksanaan *Discharge Planning* pada pasien *Post Sectio Caesar* di ruang Sakinah lebih disebabkan oleh faktor administratif dari rumah sakit sehingga

pelaksanaan *Discharge Planning* mengalami kendala. Senada dengan yang disampaikan oleh informan 1 berikut:

“... untuk kendala tentang rencana tersebut dikarenakan belum adanya aturan yang pasti dalam pelaksanaannya karena ini menyangkut fee dari petugas dan waktu pelaksanaan harus diluar jam dinas atau dalam waktu dinas, kemudian fasilitas telp untuk pelaksanaan tersebut juga belum tersedia sesuai dengan yang telah direncanakan karena pada saat pertemuan peristiwa direncanakan di berikan hp khusus untuk pemantauan pasien dengan menggunakan hp yang khusus untuk ruang sakinah ...” (Informan 1)

“...ya harusnya dilanjutkan mungkin nanti bisa dimasukkan dalam agenda rapat peristiwa yang diadakan dalam setiap bulan tentang tindak lanjut dari rencana kunjungan rumah pada pasien nifas yang sudah pulang dan pemantauan pemberian ASI selama di rumah ...” (Informan 2).

Perencanaan pemulangan dimulai dari pencatatan saat pengumpulan data, sampai klien masuk karena perawatan (Fisbach, 1994). Namun, di ruang Sakinah belum sepenuhnya menerapkan sistem dokumentasi ini. Hal ini nampak pada hasil wawancara yang menjelaskan bahwa belum ada dokumentasi secara tertulis tentang sejauh mana kemampuan pasien dalam perawatan bayi dan menyusui saat pasien mau pulang yang harus dicapai, tentang aktivitas selama pasien di rumah sakit, dan kemungkinan terjadi kondisi kedaruratan saat sesampainya di rumah pasca hospitalisasi, seperti hasil wawancara dengan informan 1 berikut ini:

“... kalau dalam format belum ada, yang sudah dilakukan adalah mengajari pasien secara langsung ten-

tang perawatan bayi dan cara menyusui yang benar, sedang untuk dokumentasi belum ada ...” (Informan 1).

“... belum ada selama ini kami hanya menyampaikan secara langsung kepada pasien tentang aktivitas yang harus dilakukan oleh pasien sesampai di rumah pada saat pasien menjelang pulang tetapi belum ada dalam format perencanaan ...” (Informan 1).

“...dalam format belum ada tapi sudah kita sampaikan kepada pasien bila terjadi kegawatan segera periksa ke Rumah Sakit tetapi bila pasien ada permasalahan dan ingin segera berkonsultasi pasien bisa langsung telpon ke Rumah Sakit dan minta di sambungkan ke ruang Sakinah ...” (Informan 1).

Namun demikian ada sebagian dari format yang dibutuhkan dalam *discharge planning* telah ada dalam format dokumentasi perencanaan pemulangan pasien, seperti yang telah disampaikan oleh informan 1 berikut ini:

“... untuk kontrol pasien dalam format *discharge planning* sudah ada kolomnya tetapi pasien juga sudah diberikan blangko sendiri khusus untuk kontrol yang dalam format tersebut lebih terinci isianannya yaitu tentang identitas pasien, tanggal pasien masuk RS, tanggal pasien pulang, diagnosa pasien, terapi yang telah diberikan, nasehat-nasehat, hari tanggal dan jam pasien harus kontrol ...” (Informan 1).

Berdasarkan hasil wawancara, kesimpulan yang didapat bahwa dalam penyusunan perencanaan program *discharge planning* di ruang Sakinah RSU PKU



Muhammadiyah Yogyakarta tidak melibatkan tim, klien dan keluarga, akan tetapi hanya dilakukan oleh pihak pembuat kebijakan saja, yaitu Tim Keperawatan yang terdiri dari Manajer Keperawatan dan Asisten Manajer Keperawatan. Sedangkan pada tahap perencanaan telah meliputi pengobatan, lingkungan, perawatan, pengajaran kesehatan, rujukan atau jadwal kunjungan ulang dan diet pasien saat di rumah.

### **Pelaksanaan *Discharge Planning* Di Ruang Sakinah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

*Discharge planning* menurut teori Rondhianto (2008) sebagai perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi atau penyakit setelah pembedahan. *Discharge planning* tidak hanya melibatkan pasien tetapi juga keluarga, orang terdekat, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan dan sosial bekerja sama.

Proses *discharge planning* mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial budaya dan ekonomi. Perry dan Potter (2005) membagi proses *discharge planning* atas tiga fase yaitu akut, transisional dan pelayanan berkelanjutan. Perhatian utama medis pada masa akut berfokus pada usaha *discharge planning*. Kebutuhan pelayanan fase transisional pada akut selalu terlihat, tetapi tingkat kepentingannya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan berkelanjutan, kebutuhan perawatan masa depan. Berbeda dengan fase pelayanan pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan.

Menurut Feater dan Nicholas (1985) yang dikutip oleh Jackson (1994) menyatakan bahwa implementasi atau pelaksanaan adalah hubungan yang baik dan aktif antar tim pelaksana dan tersedianya dukungan dari semua pihak serta adanya fleksibilitas dari organisasi pelayanan yaitu rumah sakit dan puskesmas. Hal ini adalah faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan dalam rencana pemulangan. Berdasarkan hal tersebut sangat jelas diketahui bahwa dalam pelaksanaan rencana pemulangan pasien memerlukan interaksi yang aktif dan baik dari semua tim yang melibatkan keluarga dan pasien itu sendiri.

Proses pelaksanaan *discharge planning* di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah berjalan, namun belum melibatkan beberapa unsur dalam tim termasuk keluarga dan pasien itu sendiri. Hal ini dibenarkan oleh informan 1 dalam pernyataannya, sebagaimana berikut ini:

“... *Pelaksanaan discharge planning di Ruang Sakinah sudah berjalan walaupun belum maksimal karena masih tergantung dari SDM-nya, pelaksanaan masih kurang maksimal dikarenakan juga format yang dipakai masih mengacu pada format discharge planning secara umum, belum ada format discharge planning yang khusus untuk kebidanan...*” (Informan 1).

Informasi tersebut dibenarkan oleh informan 2 sebagai bidan koordinator di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta berikut ini:

“...*Pelaksanaan Discharge Planning pada pasien post Sectio Caesaria dilakukan setelah perawatan 3-4 hari dan setelah direncanakan mau pulang segera diberitahu tentang pemberian obat-obatan yang diminum di rumah baik dosis*

*ataupun waktu minumnya, bagaimana cara perawatan bayi setelah dirumah, kapan ibu dan bayinya harus kontrol, apakah diet yang harus dimakan oleh ibu, apakah aktivitas yang harus dilakukan oleh ibu selama di rumah ...*” (Informan 2).

Monica (2005) mengatakan bahwa hal yang perlu dipersiapkan meliputi mengajarkan pasien tentang cara menangani perawatan di rumah, memberitahu pembatasan aktivitas, mendiskusikan dengan pasien dan keluarga hal-hal yang perlu mereka lakukan, memberitahu klien dan keluarga tentang medikasi, mendiskusikan perlunya pola makan atau diet nutrisi yang adekuat, memberi pasien dan keluarga instruksi jelas untuk mengatasi nyeri. Pernyataan tersebut mengindikasikan bahwa semua pasien berhak untuk mendapatkan fasilitas *discharge planning* yang konsisten dan berkualitas serta berkelanjutan, namun tetap harus memperhatikan tingkat kebutuhan dari masing-masing pasien. Pernyataan ini senada dengan apa yang telah disampaikan oleh informan 1 berikut ini:

*“... Pasien post SC kebutuhan hampir sama dengan pasien nifas lainnya baik untuk perawatan bayinya, perawatan payudara dan kebersihan alat kelaminnya kebutuhan yang berbeda dengan pasien nifas lainnya khususnya untuk mobilisasi atau gerakanya dihari pertama pasien post SC masih membutuhkan bantuan untuk bangun dan jalan ....”* (Informan 1).

Pendapat tersebut dibenarkan oleh hasil wawancara terhadap informan 2 berikut:

*“...dilakukan perawatan luka operasi dengan mengganti verban dan dibersihkan memakai NaCl, kemudian ditutup dengan kassa yang tahan air sehingga pasien bisa mandi*

*setelah sampai dirumah tanpa takut luka operasi terkena air untuk perawatan pasien post SC juga disampaikan perawatan lukanya selama di RS dan selama di rumah sampai saat kontrol...”* (Informan 2).

Pelaksanaan *discharge planning* di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah menggunakan format yang sudah disediakan, sebagaimana yang tertera dalam format pemulangan pasien yang telah disusun oleh tim keperawatan dan untuk ruang kebidanan ditambah dengan pemberian informasi tentang perawatan *post sectio caesaria*, teknik menyusui yang benar dan perawatan pada bayinya. Informasi tersebut diakui oleh informan ketiga, sekaligus sebagai pasien penerima pelayanan (*discharge planning*). Berikut ini merupakan kutipan yang disampaikan tentang pelaksanaan *discharge planning*.

*“... ya buk saya diajari cara menyusui dengan posisi tiduran karena saya belum diperbolehkan duduk pada waktu bayi saya di bawa kesini ...”* (Informan 3).

*“Kalau untuk mengganti popok bayi setelah BAB atau BAK tidak langsung diajari cuma pada waktu bayi saya BAB dan BAK saya minta tolong untuk digantikan kemudian diajari cara menggantinya ...”* (Informan 3).

*“... Ya tadi diberitahu cara memandikan bayi tapi belum diajari secara langsung kata bu bidannya kalau belum bisa nanti bisa ikut praktek pada saat petugas memandikan bayi, sehingga setelah di rumah nanti bisa memandikan bayi sendiri...”* (Informan 3).

*“... Insya Allah berani bu dan saya ingin mencoba mungkin nanti sore*

*kalau bayi saya dimandikan saya ingin ikut melihatnya, tapi sebetulnya saya juga sudah pernah memandikan keponakan saya waktu masih bayi sehingga sedikit banyak saya sudah ada pengalaman...”* (Informan 3).

*“...Saya diberitahu kalau bayi menangis tidak mesti karena haus tapi harus di lihat dulu apakah bayi BAB atau BAK, apakah bayi merasa tidak nyaman sehingga harus dilihat juga bedongnya dengan cara mengendorkan bedong bayi yang jelas harus dilihat kenyamanan bayi terlebih dahulu dan kata bu bidan saya tidak boleh cemas saat bayi rewel sehingga akan lebih mudah mengatasi bayi yg menangis dengan kondisi psikologi yang tenang ...”* (Informan 3).

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah memenuhi standar pemulangan pasien yang telah dibuat oleh tim keperawatan. Namun dalam pelaksanaannya belum maksimal, dikarenakan faktor administratif dan belum adanya format khusus rencana pemulangan untuk pasien kebidanan, khususnya *post secio caesaria*. Meskipun demikian, permasalahan ini masih dapat diantisipasi dengan memberikan tambahan informasi atau pendidikan kesehatan yang lebih spesifik dan sesuai dengan kondisi serta kebutuhan pasien.

### **Evaluasi Hasil yang Dicapai dari Pelaksanaan *Discharge Planning* di Ruang Sakinah RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

Menurut Coble dan Mayers (1983) dikutip oleh Jackson (1994) menyatakan evaluasi secara kualitatif akan memberikan gambaran adanya hubungan antara lamanya

hari perawatan dengan besarnya biaya pelayanan yang dikeluarkan dan proses kepuasan klien terhadap hal tersebut. Adanya pendekatan tim pada klien secara pribadi akan memberikan hasil positif yaitu terjadinya pengurangan hari dan biaya perawatan klien. Proses evaluasi pelaksanaan persiapan pemulangan pasien di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta dilakukan secara kualitatif, yaitu dengan melihat langsung atau observasi kemandirian pasien, sebagaimana yang telah disampaikan oleh informan 2 berikut ini:

*“... Kalau untuk evaluasinya saya kira dengan melihat langsung selama pasien masih di rumah sakit apakah pasien bisa melakukan sendiri mulai dari menggantikan popok bayinya setelah BAB ataupun BAK, apakah bisa memberikan ASI dengan benar dan apakah ibu sudah betul-betul bisa memandikan bayinya sendiri ...”* (Informan 2).

Evaluasi terhadap *discharge planning* adalah penting dalam membuat proses kerja *discharge planning*. Perencanaan dan penyerahan harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Evaluasi lanjut dari proses pemulangan biasanya dilakukan seminggu setelah klien berada di rumah. Ini dapat dilakukan melalui telepon, kuisisioner atau kunjungan rumah (*home visit*). Seperti pernyataan informan, bahwa pelaksanaan *discharge planning* diharapkan mendapatkan hasil yang sesuai dengan tujuan pemberian *discharge planning*.

*“...untuk pasien harapannya pasien bisa melakukan perawatan pada bayinya secara mandiri sesuai dengan apa yang kita sampaikan baik selama di rumah sakit sampai pasien pulang, terutama untuk tehnik menyusui karena pada pasien post*

*sectio caesaria masih banyak membutuhkan bantuan bagaimana cara menyusui yang benar sehingga pasien bisa memberikan ASI pada bayinya dengan aman dan nyaman, untuk petugasnya diharapkan bisa melakukan DP dengan efektif, bisa mengetahui kebutuhan pasien dengan benar ...”* (Informan 1).

Marchete dan Holloman (1986) dikutip oleh Jackson (1994) menyatakan bahwa pendekatan tim pada masa rehabilitasi akan meningkatkan kemampuan klien dalam menentukan dan mengatur kebutuhannya sehari-hari. Hal tersebut sebagaimana hasil pelaksanaan evaluasi yang telah dilakukan di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dengan melakukan observasi dan penilaian terhadap kemampuan dan tingkat kemandirian pasien setelah dilakukan perencanaan *discharge planning* dan sebelum pasien meninggalkan rumah sakit. Tingkat kemandirian pasien jauh lebih tinggi persentasenya bila dibandingkan dengan tingkat kemampuan pasien yang membutuhkan bantuan dalam aktivitasnya.

Hasil evaluasi terhadap 21 responden pelaksanaan *discharge planning* pasien *post sectio caesaria* di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tentang cara memandikan bayi baru lahir diketahui bahwa 19% pasien masih membutuhkan bantuan, sedangkan 81% lainnya telah mampu memandikan bayinya sendiri tanpa bantuan orang lain. Berikut ini merupakan kutipan hasil wawancara terhadap responden yang mendukung pernyataan tersebut:

*“... Kendala yang muncul pada pelaksanaan discharge planning ini adalah terkait dengan pasien kadang ada pasien yang kurang bersemangat misalnya pada waktu disampaikan pasien mendengarkan tetapi pada waktu diajak praktek*

*melakukan tindakan pasien tidak mau dengan alasan nanti yang mengerjakan di rumah adalah orang tuanya sehingga tujuan dari discharge planning tidak bisa berhasil secara maksimal. Kalau dari petugas kadang ada petugas yang melakukan discharge planning kurang baik atau tidak sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga keberhasilan discharge planning tidak maksimal....”* (Informan 1).

*“...Bila pasien yang datang berbarengan banyak kadang dalam memberikan DP tidak lengkap atau tidak maksimal, sehingga tujuan dari DP sendiri tidak tercapai sehingga hanya seperti formalitas saja. Kendala yang lain kadang masih ada sebagian petugas yang melaksanakan DP hanya saat mau pulang saja sehingga kebutuhan pasien yang pasti tidak terkaji dengan baik ...”* (Informan 2).

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa kendala dalam pelaksanaan *discharge planning* di ruang Sakinah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta meliputi kendala SDM (para bidan belum terbiasa dengan perencanaan pengorganisasian yang baik), bidan tidak dilibatkan dalam penyusunan rencana pemulangan pasien), dan kelengkapan administratif (format *discharge planning* belum baku).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan penyusunan perencanaan program *discharge planning* hanya dilakukan oleh tim keperawatan yang terdiri dari manajer keperawatan dan asisten keperawatan. Pelaksanaan *discharge planning* oleh petugas sudah dilaksanakan meskipun

belum sempurna. Semua petugas bisa melaksanakan *discharge planning* sesuai dengan format yang tersedia, akan tetapi belum ada format baku terstandar khusus untuk pasien kebidanan. Hasil yang dicapai dari pelaksanaan *discharge planning* menunjukkan bahwa persentase kemampuan pasien memandikan bayi, merawat tali pusat bayi, menyusui bayi, dan melakukan perawatan pada bayi setelah BAB dan BAK sebagian besar telah mampu melakukannya secara mandiri sebelum pulang dari rumah sakit.

Kendala yang muncul pada pelaksanaan *discharge planning* adalah adanya keengganan dari pasien saat dilakukan edukasi karena merasa bahwa untuk perawatan bayinya bukanlah tanggung jawab klien sepenuhnya, sedangkan pada petugas terkendala dengan SDM dimana tujuan pelaksanaan *discharge planning* belum dipahami betul oleh semua petugas di ruangan, termasuk para bidan belum terbiasa dengan perencanaan pengorganisasian yang baik serta tenggelam dengan kegiatan rutin, ilmu pengetahuan masih kurang, dan bidan tidak dilibatkan dalam penyusunan rencana pemulangan pasien, serta kelengkapan administratif (format *discharge planning* belum baku).

#### **Saran**

Manajer Bidang Keperawatan sebaiknya melibatkan multidisiplin ilmu dan membuat format *discharge planning* yang baku. Supervisor diharapkan dapat memberikan sosialisasi yang menyeluruh tentang *discharge planning*, melakukan bimbingan kepada bidan pelaksana untuk pembuatan rencana harian dan dokumentasi asuhan kebidanan. Melakukan audit kebidanan secara berkala pada pasien yang akan pulang atau dalam proses perawatan.

Bidan Pelaksana membudayakan kegiatan yang telah diajarkan dan men-

jadikan suatu rutinitas kegiatan. Setiap pasien hendaknya berkenan mengikuti setiap aturan dan menyadari pentingnya perencanaan pemulangan pasien ini, ada baiknya sekiranya pasien lebih terbuka dan mau bekerja sama dengan bidan dan atau perawat ruangan dengan lebih aktif bertanya dan menjalankan instruksi perawat dan atau bidan, agar kualitas pelayanan dan hasil perawatan dapat maksimal.

#### **DAFTAR RUJUKAN**

- Bull, M & Roberts, J. 2001. Components of A Proper Hospital Discharge for Elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4): 571-581.
- Harper E.A. 1998. *Discharge Planning: An Interdisciplinary Method*. Silverberg Press: Chicago.
- Fisbach, F.T. 1991. *Documenting Care*. F.A. Davis Company: Philadelphia.
- Hidayat, A. A. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Salemba: Jakarta.
- Jackson, M. 1994. Discharge Planning: Issues and Challenges for Gerontological Nursing. A Critique of The Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (3): 492-502.
- Monica. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan. Praktik*. Volume 1. EGC: Jakarta.
- Perry, A. G. & Potter, P. A. 2005. *Fundamental of Nursing*. Elsevier Mosby: Canada.
- Rondhianto. 2008. *Keperawatan Perioperatif*, (online), (<http://athearobiansya.blogspot.com/2008/01/keperawatan-perioperatif.htm>), diakses 25 Oktober 2012.
- Royalmarsden, 2004. *Discharge Planning*, (online), (<http://www.royalmarsden>

den.org), diakses 25 Oktober 2012.

Swasono, M. F. 1998. *Kehamilan, Kelahiran, Perawatan Ibu dan Bayi Dalam Konteks Budaya*. UI Press: Jakarta.

## HUBUNGAN KEBIASAAN MAKAN DENGAN KEJADIAN OBESITAS

Noorwahyu Trihidayati, Tiwi Sudyasih

STIKES 'Aisyiah Yogyakarta

E-mail: noorwahyu43@yahoo.com

**Abstract:** This study aims to investigate the relationship between eating habits with incidence of obesity of grade 2 and 3 at SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo. This study used cross-sectional approach. Population in this study were 65 students in grade 2 and 3, using total sampling technique. Data collected using questionnaires and microtoise. Data analysis using chi Square. The result with Chi Square test, obtained  $x_{hitung}=1.500$  and  $x_{tabel}=3.841$ . This statement can also be seen in the comparison of exact value Sig (2-sides) of 0.389, greater than the critical point 0.05 ( $0.389>0.05$ ). From these results it can be concluded that there is no relationship between eating habits with incidence of obesity in grade 2 and 3 SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo in 2013

**Keywords:** obesity, eating habits

**Abstrak:** Penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kebiasaan makan dengan kejadian obesitas pada siswa kelas 2 dan 3 di SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo. Sampel sebanyak 65 siswa diambil dengan teknik total sampling. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan alat ukur microtoise. Hasil analisa dengan uji Chi Square menunjukkan nilai  $x_{hitung}=1,500$  dan  $x_{tabel}=3,841$ . Perbandingan nilai exact Sig (2-sides) sebesar 0,389 lebih dari titik kritis 0,05. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan makan dengan kejadian obesitas pada siswa kelas 2 dan 3 SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo tahun 2013

**Kata kunci:** obesitas, kebiasaan makan

## PENDAHULUAN

Kemajuan di bidang ekonomi akibat kecenderungan pasar global, telah memberikan berbagai dampak pada masyarakat. Modernisasi atau penggunaan teknologi tinggi dalam berbagai aspek kehidupan adalah dampak utama yang langsung dialami oleh masyarakat, terutama masyarakat perkotaan. Kemajuan standar hidup dan pelayanan terhadap masyarakat yang tersedia adalah dampak positif, akan tetapi dampak negatif selalu menyertai sebagai konsekuensi langsung dari perubahan tersebut. Di antara dampak negatif yang terjadi ialah perubahan gaya hidup, dari *traditional life style* menjadi *sedentary life style* yakni kehidupan dengan aktivitas fisik sangat kurang serta penyimpangan pola makan dimana asupan cenderung tinggi energi (lemak, protein, karbohidrat) dan rendah serat (Hadi, 2005).

Obesitas pada anak akan menjadi masalah karena sekitar 15% anak dengan kegemukan akan berlanjut ke masa dewasa (Damayanti, 2002). Penelitian di Jepang menunjukkan satu dari tiga anak obes akan tumbuh menjadi orang dewasa yang juga obes (WHO, 2000). Seiring bertambah dewasa orang tersebut, bertambah pula risikonya terkena penyakit degeneratif yang terkait dengan obesitas, karena obesitas sendiri sebetulnya adalah faktor risiko terbesar terhadap terjadinya penyakit kronis seperti jantung koroner, diabetes tipe II atau NIDDM, gangguan fungsi paru, peningkatan kadar kolesterol, gangguan ortopedik (kaki pengkor) serta rentan terhadap kelainan kulit (Damayanti, 2002). Obesitas pada anak-anak juga mempunyai hubungan dengan peningkatan resiko mortalitas dan morbiditas pada masa dewasa.

Obesitas pada anak berpotensi menimbulkan penyakit jantung koroner, diabetes, darah tinggi, ginjal dan lainnya yang dapat mulai timbul sebelum atau sesudah masa dewasa. Bahkan obesitas dapat menyebab-

kan rendahnya tingkat kematangan sosial pada anak (Hidayati, dkk, 2006). Di Indonesia prevalensi obesitas mengalami peningkatan yang mencapai tingkat membahayakan. Berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2004 dalam Manurung (2009), prevalensi obesitas pada anak telah mencapai 11%.

Berdasarkan beberapa survei di kota-kota besar di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi obesitas pada anak sekolah dan remaja cukup tinggi. Menurut Ismail (1999) dalam Manurung (2009), anak sekolah dasar di daerah Denpasar prevalensinya mencapai 15,8%, sedangkan di daerah Yogyakarta mencapai prevalensi 9,7%. Dari hasil penjarangan kesehatan terhadap siswa baru di sekolah dasar sekota Yogyakarta tahun 2010 menunjukkan prevalensi siswa yang obesitas sebesar 12,9%. Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Januari 2013, dari 28 murid SD Muhammadiyah Wonopeti didapatkan 10 siswa yang termasuk dalam kategori obesitas.

Penyimpangan pola makan akan berakibat gizi yang kurang ataupun gizi yang lebih. Gizi yang kurang banyak dihubungkan dengan penyakit-penyakit infeksi. Gizi lebih dan obesitas dianggap sebagai sinyal pertama dari munculnya kelompok penyakit-penyakit non infeksi (*non communicable diseases*) yang sekarang ini banyak terjadi di negara-negara maju maupun negara-negara sedang berkembang. Fenomena ini sering diberi nama *new world syndrome* atau sindroma dunia baru.

Meledaknya kejadian obesitas di Indonesia akan mendatangkan masalah yang mempunyai konsekuensi yang serius bagi pembangunan bangsa Indonesia khususnya di bidang kesehatan (Hadi, 2005), tidak terkecuali obesitas yang terjadi pada masa kanak-kanak pertengahan. Di masyarakat ada kebanggaan ketika anak mereka yang obesitas dipuji gemuk dan lucu. Bahkan



mereka beranggapan anak yang gemuk adalah anak yang sehat dan berkecukupan gizi. Banyak kasus obesitas yang terjadi pada anak-anak dianggap oleh orang tua sebagai hal yang biasa dan merupakan gambaran anak sehat.

Obesitas pada anak disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor lingkungan terdiri dari faktor fisik, faktor nutrisional dan faktor sosial ekonomi. Kebiasaan makan merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi status gizi dan kesehatan. Variasi makanan diperkirakan dapat mengurangi resiko terhadap penyakit dan pada beberapa kasus dapat mencegah penyakit. Kebiasaan makan mencerminkan terjadinya kelebihan asupan dan penyakit akibat gizi.

Sumber utama makanan masyarakat Indonesia adalah serealiala lalu diikuti oleh yang lainnya (Atmarita 2005). Kebiasaan makan makanan jajanan (*street food*) sudah menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Konsumsi makanan jajanan di masyarakat diperkirakan terus meningkat mengingat makin terbatasnya waktu anggota keluarga untuk mengolah makanan sendiri. Keunggulan makanan jajanan adalah murah dan mudah didapat, serta cita rasanya yang enak dan cocok dengan selera kebanyakan masyarakat. Juga mulai beralihnya pemberian air susu ibu (ASI) dan diganti dengan pemakaian susu formula dalam botol.

Obesitas dapat disebabkan karena faktor masyarakat yang memiliki kecenderungan pemilihan makanan tinggi lemak dan kalori. Anak juga cenderung untuk menyukai makanan tertentu, frekuensi makan di rumah yang berkurang, keterjangkauan dan efek pajanan terhadap kesukaan pada makanan tertentu (*junk food, fast food*). Faktor lain adalah karena tidak suka makan sayuran, buah-buahan, frekuensi makanan

di restoran lebih sering, kebiasaan mengonsumsi makanan ringan seperti keripik, donat, kue kering, makanan gorengan tergantung ketersediaan makanan di rumah. Kebiasaan banyak minum soda dan sedikit minum susu menyebabkan anak kehilangan asupan kalsium dan vitamin D di bawah level yang dianjurkan dan akan mengancam kemampuan anak untuk mencapai kesehatan tulang yang optimal.

Pengelolaan penurunan berat badan pada anak harus dilakukan berhati-hati, karena anak masih dalam proses pertumbuhan. Oleh karena itu, upaya yang lebih penting adalah mencegah terjadinya obesitas pada anak sedini mungkin dan untuk itu dibutuhkan peran orang tua dalam pengawasan pertumbuhan anak. Berdasarkan fenomena di atas maka peneliti melakukan penelitian mengenai hubungan kebiasaan makan anak terhadap kejadian obesitas di SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo, Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu mempelajari hubungan antara variable bebas dan variabel terikat dalam waktu bersamaan (Gordis, 2004). Variabel bebas dalam penelitian adalah kebiasaan makan sedangkan variabel terikat adalah kejadian obesitas. Variabel pengganggu berupa aktivitas siswa, sosial ekonomi dan pendidikan orang tua, karena hampir semua siswa memiliki aktivitas dan tingkat sosial ekonomi yang sama.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak yang duduk di kelas 2 dan 3 SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo sebanyak 65 anak. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling* yaitu semua populasi sampel dijadikan

sebagai sampel. Untuk dapat mengukur variabel penelitian penulis menggunakan instrumen untuk mengumpulkan data. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan alat ukur *microtoise*.

Berat badan anak diukur langsung menggunakan timbangan digital yang telah dikalibrasi dengan ketelitian mencapai 0,01 dan pengukuran tinggi badan anak menggunakan *microtoise* dengan ketelitian mencapai 0,1. Konsumsi pangan anak diketahui dengan pencatatan makanan. Pengambilan data karakteristik anak (jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan anak, kebiasaan makan anak, riwayat pemberian ASI, riwayat pemberian susu formula dan riwayat pemberian makanan padat, konsumsi pangan serta konsumsi camilan, dilakukan dengan kuesioner yang diisi oleh orang tua anak di rumah. Pemantauan pengisian kuesioner dilakukan dengan bantuan pihak sekolah.

Setiap anak mendapatkan surat pengantar dari sekolah untuk orang tua yang juga menerangkan cara pengisian kuesioner sehingga orang tua akan lebih mudah mengisinya. Pengumpulan kuesioner dari tiap anak dibantu oleh pihak sekolah. Kuesioner yang terkumpul kemudian diperiksa kelengkapan pengisiannya oleh peneliti. Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji *chi square* dengan  $\alpha=0,05$ .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di wilayah Kecamatan Galur, Kulonprogo, yaitu di SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo pada bulan Juni 2013. Penelitian ini dilakukan pada anak siswa kelas 2 dan 3 sebanyak 65 siswa.

Dari data pada tabel 1 dapat dilihat bahwa sebagian besar atau sebanyak 35 responden (53,8%) duduk dikelas III. Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sejumlah 33 responden (51,8%) .

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Kelas</b>		
II	30	46,2
III	35	53,8
Total	65	100
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki- laki	33	51,8
Perempuan	32	49,2
Total	65	100

**Tabel 2. Gambaran Kebiasaan Makan Responden**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Baik	0	0
Cukup	26	40
Kurang	39	60
Total	65	100

Berdasarkan kebiasaan makan sebagian besar atau sebanyak 39 responden (60%) dalam kategori kurang dan 26 responden (40%) dalam kategori cukup. Dari 65 responden tidak ada yang kebiasaan makan dalam kategori baik.

**Tabel 3. Distribusi Kejadian Obesitas**

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Obesitas	6	9,2
Tidak Obesitas	59	90,8
Total	65	100

Berdasarkan kejadian obesitas, sebanyak 6 responden (9,2%) pada kategori obesitas dan 59 responden (90,8%) tidak mengalami obesitas.

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa pada variabel kebiasaan makan dengan kategori kurang, sebanyak 5 responden (7,7%) mengalami obesitas dan sebanyak 34 responden (52,3%) masuk dalam kategori tidak obesitas. Pada kebiasaan makan dengan kategori cukup, sebanyak 1 responden (1,5%) mengalami obesitas dan

**Tabel 4. Hubungan Antara Kebiasaan Makan dengan Kejadian Obesitas**

Variabel	Kategori	Kejadian Obesitas			
		Obesitas	Persentase	Tidak obesitas	Persentase
Kebiasaan makan	Baik	0	0	0	0
	Cukup	1	1,5%	25	38,5 %
	Kurang	5	7,7 %	34	52,3%
	Total	6	9,2%	59	90,8%

sebanyak 25 responden (38,5%) masuk dalam kategori tidak obesitas. Berdasarkan karakteristik responden secara keseluruhan siswa SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo, termasuk usia anak-anak ini terlihat dari karakteristik responden yang masih berada di kelas 2 dan 3. Sebagian besar responden atau sebanyak 35 (53,8%) memiliki usia berkisar antara 9-10 tahun yang masih duduk di kelas 3.

Data tentang jenis kelamin menunjukkan sebanyak 33 responden (51,8%) berjenis kelamin laki-laki. Harsiwi (2004) dalam Zanaria (2007) mengungkapkan bahwa laki-laki memiliki tingkat kedisiplinan yang kurang baik dibanding perempuan, sehingga perlu adanya dukungan keluarga/orang terdekat untuk membantu anak laki-laki dalam menumbuhkan kebiasaan makan yang lebih baik. Berdasarkan kejadian obesitas, sebanyak 6 responden (9,2%) pada kategori obesitas dan 59 responden (90,8%) tidak mengalami obesitas.

Kejadian obesitas pada anak bisa terjadi karena adanya penyimpangan pola makan yang dapat berakibat gizi kurang atau gizi yang lebih. Akibat gizi kurang banyak dihubungkan dengan penyakit-penyakit infeksi. Akibat gizi lebih dan obesitas dianggap sebagai sinyal pertama dari munculnya kelompok penyakit-penyakit non infeksi (*non communicable diseases*), yang sekarang ini banyak terjadi di negara maju maupun negara sedang berkembang.

Hasil analisa data dengan menggunakan uji *chi square* menunjukkan, antara kebiasaan makan dengan kejadian obesitas didapatkan hasil  $\chi^2$  hitung=1,500. Perbandingan ini menggunakan derajat bebas dengan rumus (baris-1) (kolom-1) atau (2-1) (2-1)=1. Maka nilai kritik pada tabel sebaran *chi square* adalah 3,841 artinya  $\chi^2$  hitung >  $\chi^2$  tabel atau 1,500 > 3,841. Pernyataan ini juga dapat dilihat pada perbandingan nilai *exact sig (2-sides)* adalah 0,389 lebih besar dari titik kritis 0,05 (0,389 > 0,05). Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan makan dengan kejadian obesitas. Semakin baik kebiasaan makan seorang anak tidak menjamin seseorang itu akan mengalami obesitas maupun tidak mengalami obesitas, atau sebaliknya.

Hal ini tidak sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Worthington & William (2000) yang menyatakan bahwa kebiasaan makan atau pola makan anak sangat berkaitan erat dengan obesitas. Semakin sering anak mengonsumsi makanan dalam sehari, maka kecenderungan untuk mengalami obesitas sangat tinggi.

Kebiasaan makan atau pola makan juga dapat menggambarkan frekuensi makan anak dalam sehari dan hal ini bergantung pada kebiasaan makan di rumah maupun di sekolah. Hal ini juga sejalan dengan pendapat yang mengatakan bahwa anak yang obesitas cenderung memiliki kebiasaan pola makan berlebih serta

mengonsumsi makanan dalam jumlah lebih banyak setiap kalinya. Anak yang obes sangat menyukai aktivitas makan. Anak makan lebih banyak daripada kebutuhan energi sesungguhnya yang dibutuhkan.

Kelebihan berat badan (obesitas) juga bisa disebabkan oleh faktor lain seperti yang dikemukakan oleh WHO (2000), yaitu perkembangan *food industry* yang salah satunya adalah berkembangnya makanan cepat saji. Makanan cepat saji adalah makanan yang tinggi lemak tetapi rendah karbohidrat kompleks, yang merupakan salah satu faktor risiko obesitas. Banyaknya jenis *fast food* yang dikonsumsi merupakan faktor risiko terjadinya obesitas.

Mengonsumsi *fast food* akan berisiko 11 kali mengalami obesitas jika dibanding mereka yang tidak mengkonsumsinya ( $OR=11,0$ ). *Fast food* atau *ready-to-eat-food* jadi pilihan utama orang tua yang sibuk, atau merupakan konsumsi ketika menghabiskan waktu bersama keluarga pada masyarakat modern. Hal ini disebabkan karena pengolahannya yang cenderung cepat karena menggunakan tenaga mesin, terlihat bersih karena penjamahnya adalah mesin, restoran yang mudah ditemukan serta karena pelayannya yang selalu sedia setiap saat, bagaimanapun cara pemesanannya (Worthington & William 2000).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa prevalensi siswa SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo yang obesitas sebesar 9,2% atau 6 responden. Gambaran kebiasaan makan pada responden termasuk kategori kurang 60% dan 40% dalam kategori cukup. Dari hasil uji *chi square* diperoleh  $\chi^2$  hitung  $>$   $\chi^2$  tabel ( $3,841 > 1,500$ ). Apabila dilihat dari *Fishe's Exact Test* (2-sided) didapatkan nilai  $0,389 > 0,05$

sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan makan dengan kejadian obesitas pada siswa kelas 2 dan 3 SD Muhammadiyah Wonopeti 1 Kulonprogo.

### Saran

Bagi profesi keperawatan perlu diadakan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi terjadinya obesitas. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk mengembangkan faktor lain yang berpengaruh terhadap kejadian obesitas yang diikuti/dimonitoring selama 24 jam penuh sehingga diketahui faktor apa yang lebih berpengaruh, sehingga nantinya bisa digunakan sebagai referensi oleh peneliti lain.

## DAFTAR RUJUKAN

- Atmarita. 2005. Nutrition Problems In Indonesia. *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*, 28 (2): 43-55.
- Damayanti, Syarif. 2002. *Obesitas pada Anak*. Prosiding Simposium Temu Ilmiah Akbar 2002. Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UI: Jakarta.
- Gordis, L. 2004. *Epidemiologi*. Edisi Ke-3. Elsevier Saunders: Philadelphia.
- Hadi, H. 2005. *Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya Terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional*. Pidato Penguksahan Jabatan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Hidayati, dkk. 2006. *Obesitas pada Anak*, (online), (<http://www.pediatrik.com>), diakses 10 Oktober 2013.
- Manurung, Jonni & Manurung, Adler H. 2009. *Ekonomi Keuangan & Kebijakan Moneter*. Salemba Empat: Jakarta.

- WHO. 2000. *Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic*. Geneva: WHO Technical Report Series 2000.
- Worthington, B., Williams, RSR. 2000. *Nutrition Through out the Life Cycle*. Fourth Edition. Mc Graw Hill Companies: Boston.
- Zanaria, Y. 2007. *Perbedaan Persepsi Atribut Pekerjaan dan Kepuasan Kerja dalam Perspektif Laki-Laki, Perempuan, Tua, dan Muda terhadap Profesi Akuntansi (Studi Empiris pada Profesi Akuntansi di Propinsi Lampung)*. Tesis tidak diterbitkan. Semarang: Magister Sains Akuntansi Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.

# **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM NASIONAL MASA NIFAS PADA BIDAN PRAKTIK SWASTA**

**Retno Heru Setyorini, Fitriani Mediastuti**

Akademi Kebidanan Yogyakarta

E-mail: retnoheru@yahoo.com

**Abstract:** This study aimed to describe the implementation of a postpartum national program in midwifery private practice in Bantul. This study uses qualitative and quantitative methods with case study design and descriptive. Respondents are 40 private practice midwife and 40 postpartum mothers, taken by simple random sampling technique. Data retrieving using questionnaires and in-depth interviews. Thirty three respondents (82,5%) visited postpartum mothers, and in week 6 there are 30 respondent who visit postpartum mothers. All midwife stated that postpartum visit very important to monitor the state of the mother and baby.

**Keywords:** postpartum policy national program, midwives

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan program nasional masa nifas pada bidan praktik swasta di Bantul. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif dengan rancangan studi kasus dan bersifat deskriptif. Responden adalah 40 bidan praktik swasta dan 40 ibu nifas, diambil dengan teknik simple random sampling. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan wawancara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan 40 bidan (100%) melakukan kunjungan kepada ibu nifas pada 6-8 jam sampai 6 hari post partum, 33 bidan (82,5%) melakukan kunjungan pada dua minggu post partum, dan 30 bidan (75%) melakukan kunjungan pada enam minggu post partum. Seluruh bidan menyatakan bahwa kunjungan post partum sangat penting untuk memantau keadaan ibu dan bayi.

**Kata kunci:** program nasional masa nifas, bidan

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu di Kabupaten Bantul dari tahun ke tahun semakin meningkat. Pada tahun 2007 terjadi sebanyak 6 kematian ibu, tahun 2008 sebanyak 18 kasus kematian ibu, dan tahun 2011 terdapat 19 kasus kematian ibu (Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, 2011). Dari 19 kematian ibu pada tahun 2011, dua kematian ibu terjadi di wilayah Bantul yaitu di wilayah Puskesmas Piyungan. Tingginya AKI disebabkan oleh penyebab langsung maupun penyebab tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu berhubungan dengan komplikasi obstetrik selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas (post partum), dan mayoritas penyebab kematian ibu adalah penyebab langsung. Sedangkan penyebab tidak langsung adalah kurangnya pengetahuan mengenai sebab musabab dan penanganan komplikasi-komplikasi penting dalam kehamilan, persalinan, dan nifas (Wiknjosastro, 2007).

Masa Nifas adalah masa dimulai dari plasenta lahir sampai enam minggu post partum (alat-alat reproduksi normal kembali seperti sebelum hamil) (Saifudin, 2002). Asuhan masa nifas diperlukan karena merupakan masa kritis baik untuk ibu maupun bayinya. Lima puluh persen kematian ibu terjadi pada masa nifas terjadi 24 jam pertama. Menurut Campbell (2010), masa post partum adalah masa yang sangat penting sehingga perlu dukungan dan motivasi serta pelayanan kesehatan yang terintegrasi dari tenaga kesehatan.

Program nasional masa nifas merupakan salah satu upaya pemerintah dalam rangka deteksi dini infeksi dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas dengan cara melakukan kunjungan sebanyak empat kali selama periode masa nifas. Masa nifas merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan

yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti sepsis puerperalis. Infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat jika para tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini.

Permasalahan pada ibu akan berimbas juga kepada kesejahteraan bayi yang dilahirkan karena bayi tersebut tidak akan mendapatkan perawatan maksimal dari ibunya, angka morbiditas dan mortalitas bayi akan semakin meningkat. Oleh karena itu, sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk mengetahui gejala-gejala dari infeksi dan penyakit yang timbul pada masa nifas. Dari latar belakang permasalahan tersebut, penelitian ini diharapkan dapat menggambarkan pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa nifas mulai dari 6-8 jam sampai 6 minggu post partum pada bidan praktik swasta sehingga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi institusi pendidikan kesehatan khususnya Diploma III Kebidanan dan bagi Bidan Praktik Swasta.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dan kuantitatif dengan menggunakan rancangan studi kasus dan bersifat deskriptif, untuk menggambarkan pelaksanaan kebijakan program nasional masa nifas pada bidan praktik swasta (Yin, 2006). Penelitian dilaksanakan pada 40 Bidan Praktik Swasta (BPS) di Kabupaten Bantul. Unit analisis pada penelitian ini adalah BPS, serta pada tingkat individu. Penelitian ini dilakukan terhadap 40 bidan praktik mandiri dan 40 ibu nifas dengan menggunakan kuesioner dan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan dengan teknik penjelasan (*explanation building*). Analisis data dilakukan dengan analisis transkrip wawancara untuk menda-

patkan gambaran tentang pelaksanaan kebijakan program nasional masa nifas di BPS. Hasil yang didapat dipertajam kembali dengan temuan-temuan ketika observasi ataupun hasil kuesioner. Hasil observasi dan kuesioner yang ada dianalisis dengan analisis observasi dan analisis hasil kuesioner (Blaxter, 2001).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, dan Masa Kerja Bidan Praktik Swasta**

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase
<b>Umur</b>		
< 26 tahun	1	2,5
26-45 tahun	22	55
46-65 tahun	17	42,5
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
DI Kebidanan	2	5
DIII Kebidanan	30	75
DIV Kebidanan	4	10
S1	1	2,5
S2	3	7,5
<b>Pekerjaan</b>		
PNS	19	47,5
BPS	18	45
Pensiunan	2	5
PTT	1	2,5
<b>Masa Kerja Bidan</b>		
Kurang dari 10 tahun	7	17,5
Lebih dari 10 tahun	33	82,5
Jumlah	40	100,0

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur 26-45 tahun yaitu 22 orang (55%) dan yang paling sedikit berumur kurang dari 26 tahun yaitu sebanyak 1 orang (2,5%). Sebagian besar responden mempunyai tingkat pendidikan DIII Kebidanan yaitu sebanyak 30 bidan (75%), dan paling sedikit yang mempunyai tingkat

pendidikan S1 yaitu sebanyak 1 bidan (2,5%). Sebagian besar responden mempunyai pekerjaan sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) yaitu sebanyak 19 bidan (47,5%) dan 1 bidan (2,5%) yang bekerja sebagai bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT). Sebagian besar responden mempunyai pengalaman kerja lebih dari 10 tahun yaitu sebanyak 33 bidan (82,5%), dan 7 bidan mempunyai masa kerja kurang dari 10 tahun yaitu sebanyak 7 bidan (17,5%).

## Kunjungan 6-8 Jam sampai dengan 6 Minggu Post Partum

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kunjungan Bidan Praktik Swasta pada 6-8 jam s.d. 6 Minggu Setelah Melahirkan**

Kunjungan Bidan	Frekuensi	Persentase
<b>6-8 Jam Post Partum</b>		
Melakukan kunjungan	40	100
Tidak melakukan kunjungan	0	
<b>6 Hari Post Partum</b>		
Melakukan kunjungan	40	100
Tidak melakukan kunjungan	0	
<b>2 minggu Post Partum</b>		
Melakukan kunjungan	33	82,5
Tidak melakukan kunjungan	7	17,5
<b>6 minggu Post Partum</b>		
Melakukan kunjungan	30	75
Tidak melakukan kunjungan	10	25
Jumlah	40	100,0

Tabel 2 menunjukkan bahwa semua Bidan Praktik Swasta melakukan kunjungan pada ibu post partum 6-8 jam dan 6 hari. Sebagian besar bidan praktik swasta melakukan kunjungan pada ibu nifas pada minggu ke-2 yaitu sebanyak 33 bidan (82,5%), dan sebagian besar bidan praktik swasta di Kabupaten Bantul melakukan kunjungan pada ibu nifas pada enam minggu post partum yaitu sebanyak 30 bidan (75%). Masa nifas



adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu, sehingga pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan pada sistem dalam tubuh (Saleha, 2009). Selain perubahan pada sistem dalam tubuh, terjadi perlukaan pada jalan lahir.

Perlukaan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh dan dapat menimbulkan resiko terjadinya infeksi pada masa nifas, sehingga membutuhkan pengawasan untuk deteksi dini resiko yang terjadi pada masa nifas (Prawirohardjo, 2007). Penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil sehingga asuhan masa nifas yang diberikan bidan seharusnya sampai enam minggu setelah melahirkan. Asuhan masa nifas diperlukan karena masa nifas merupakan masa kritis baik untuk ibu maupun bayinya sehingga harus mendapatkan pengawasan terus menerus sampai 40 hari setelah melahirkan.

Responden bidan mengatakan bahwa kunjungan pada ibu nifas sangat penting untuk dilakukan karena dengan melakukan kunjungan sampai 40 hari masa ibu nifas, bidan dapat memantau perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu nifas seperti proses *involusio*, memantau banyaknya perdarahan dan memantau proses laktasi. Seperti yang diungkapkan responden berikut ini:

*“tapi ibunya biasane kalau di klinik kan terbatas karena banyak pasien jadi dia tidak bisa bertanya... bertanya karena waktunya ga banyak, jadi kalau kita ada kunjungan rumah jadinya kita bisa intensif lah maksudnya lebih mendalam menggali tentang masalah-masalah di ibu*

*dan keluarganya dan perawatan adiknya (responden bidan)”*

Persepsi yang baik akan dapat membantu terbentuknya motivasi bidan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien. Pengertian motivasi menurut Dirgagunarsa dalam Sardiman (2007) adalah dorongan atau kehendak yang menyebabkan timbulnya semacam kekuatan agar seseorang itu berbuat atau bertindak, dengan kata lain bertingkah laku. Seperti halnya ketika bidan mempunyai persepsi yang baik tentang pentingnya pelayanan masa nifas, maka mereka akan termotivasi untuk memberikan pelayanan masa nifas.

Persepsi terhadap pentingnya masa nifas mempunyai pengertian sebagai tanggapan yang menunjukkan bagaimana kita melihat, mendengar dan merasakan adanya bahaya masa nifas yang setiap saat mengancam jiwa ibu setelah melahirkan. Padminingrum dan Widiyanti (2005) menyatakan bahwa terbentuknya persepsi tidak lepas dari pengalaman dan pembelajaran masa lalu kita yang berkaitan dengan orang, obyek atau kejadian serupa. Faktor lain yang mempengaruhi proses terbentuknya persepsi seseorang yaitu umur, gender, agama, ekonomi dan sosial budaya.

### **Penerapan Asuhan Kebidanan pada Kunjungan Ibu Nifas**

Sebagian besar bidan praktik swasta melakukan kegiatan/asuhan yang seharusnya dilakukan pada kunjungan 6-8 jam sampai dengan 6 minggu post partum. Bidan melakukan pemantauan kontraksi uterus, melakukan konseling cara mencegah perdarahan, memastikan ibu mendapatkan cukup makanan dan cairan, melakukan konseling tentang *bonding attachment*, melakukan konseling tentang pencegahan hipotermia pada bayi dan konseling pemberian ASI awal, konseling KB, dan

pemberian imunisasi pada bayi. Tujuan asuhan masa nifas adalah menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat, dan memberikan pelayanan KB (Keluarga Berencana).

Perawatan bayi adalah suatu tindakan merawat dan memelihara kesehatan bayi dalam bidang preventif dan kuratif. Bayi baru lahir harus mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru karena setelah plasentanya dipotong maka tidak ada lagi asupan makanan dari ibu. Kondisi bayi baru lahir masih rentan terhadap penyakit, karena itulah bayi memerlukan perawatan yang insentif (Deslidel dkk, 2011).

Pada masa nifas, ibu memerlukan tambahan nutrisi tiga kali lipat dari kondisi biasanya untuk pemulihan tenaga atau aktivitas ibu, metabolisme, cadangan dalam tubuh, penyembuhan luka jalan lahir, serta untuk memenuhi kebutuhan bayi berupa produksi ASI. Diet yang diberikan harus bermutu tinggi dengan cukup kalori, cukup protein, cairan, serta banyak buah-buahan karena ibu nifas mengalami hemokonsentrasi (Wiknjosastro, 2007). Banyaknya anggapan atau mitos yang ada di masyarakat tentang pantang makanan tertentu pada masa nifas mengharuskan bidan memberikan konseling tentang nutrisi pada ibu segera setelah ibu melahirkan.

Salah satu kebutuhan ibu pada masa nifas adalah kebutuhan eliminasi. Beberapa wanita mengalami kesulitan kencing dan buang air besar pada hari-hari pertama setelah melahirkan. Untuk BAB harus sudah terjadi minimal 2-3 hari post partum. Ibu harus berusaha untuk kencing sendiri setelah

4-8 jam pertama post partum (Bahiyatun, 2009), dan bila ibu tidak bisa kencing sendiri dapat dilakukan perangsangan alamiah dengan menyiram air, tetapi bila ibu mengalami kesulitan BAB karena luka perineum dan ketakutan ibu terhadap jahitan maka perlu diberikan penyuluhan tentang hal tersebut.

Konseling tentang pemberian ASI sangat penting untuk diberikan pada ibu masa nifas. ASI adalah makanan bayi yang paling penting terutama pada bulan-bulan pertama kehidupan. ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan bayi, karena ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna baik secara kualitas maupun kuantitas. ASI sebagai makanan tunggal akan cukup memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi normal sampai usia 4-6 bulan (Khairuniyah, 2004).

Ibu masa nifas banyak yang belum terlalu mengerti dan memahami apa saja manfaat pemberian ASI eksklusif. Beberapa hal seperti ibu merasa tidak percaya diri untuk menyusui, ASI yang tidak keluar, ASI yang tidak mencukupi, kesibukan ibu menyusui, serta faktor budaya yang terjadi di masyarakat sehingga bayi tidak mendapatkan ASI. Karena hal-hal tersebut biasanya para ibu berhenti memberikan ASI pada anak dan menggantinya dengan susu formula atau bahkan mungkin dari awal kelahiran memang hanya diberikan susu formula.

Sebagian besar kematian ibu terjadi selama masa pasca persalinan. Oleh karena itu, sangat penting bagi ibu dan keluarganya mengenal tanda bahaya dan perlu mencari pertolongan kesehatan apabila terjadi bahaya tersebut. Pada ibu nifas penjelasan mengenai tanda bahaya masa nifas sangat penting dan perlu karena masih banyak ibu hamil atau dalam masa nifas belum mengetahui tentang tanda bahaya masa nifas (Mochtar, 2005).

Konseling tentang tanda bahaya masa nifas sangat diperlukan agar ibu nifas mempunyai pengetahuan tentang tanda bahaya masa nifas, ibu dapat mengetahui dan mengenali secara dini tanda bahaya masa nifas sehingga bila ada kelainan dan komplikasi dapat segera terdeteksi. Apabila ibu nifas mengerti tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, ibu akan mengerti dan segera memeriksakan diri ke petugas kesehatan jika terjadi masalah-masalah seperti infeksi nifas. Sebaliknya jika ibu tidak mengerti tanda bahaya masa nifas, maka ibu tidak akan tahu apakah ibu dalam bahaya atau tidak.

Konseling merupakan suatu kegiatan dalam hubungan antar manusia, dimana kita melakukan serangkaian tindakan yang akhirnya akan membantu peserta/calon peserta memecahkan permasalahan yang dihadapinya, antara lain masalah pemilihan penggunaan kontrasepsi yang paling cocok dengan keadaan dan kebutuhan yang dirasakannya. Bila setiap calon peserta KB, sebelum memakai kontrasepsi melalui proses konseling yang baik, maka kelangsungan pemakaian akan lebih tinggi.

Salah satu asuhan yang diberikan bidan pada masa nifas adalah pemberian imunisasi pada bayi. Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan (imunitas) bila terpajan kuman atau antigen penyakit (Dompas, 2010). Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Semua anak, dimulai sejak usia bayi, berhak mendapatkan pelayanan ini. Sebab jika tidak diimunisasi, banyak efek buruk yang bisa terjadi. Vaksin ini wajib diberikan kepada bayi bahkan sebelum ia meninggalkan rumah sakit atau klinik bersalin.

### **Hambatan Bidan dalam Menerapkan Kebijakan Nasional Masa Nifas**

Penerapan kebijakan program nasional masa nifas tidak hanya melakukan kunjungan ke rumah tetapi termasuk pemberian asuhan kebidanan pada pasien selama masa nifas. Menurut hasil wawancara dengan responden bidan, hambatan yang dialami tidak hanya dari bidan saja tetapi juga berasal dari pasien. Hambatan tersebut umumnya berupa adanya mitos-mitos yang sampai saat ini masih dipercaya oleh masyarakat, sehingga pasien lebih percaya dengan masyarakat dan keluarga dibandingkan dengan bidan, seperti yang diungkapkan responden berikut ini:

*“Yang jelas kalau di sini adanya mitos-mitos itu lho...dimana tidak boleh makan daging.. trus seumpama adiknya abis diimunisasi tidak boleh dimandikan, trus perawatan tali pusat yang dikasi sama ramuan dan perutnya dipijat mbah dukun...nek gitu kan haruse pijetnya bayi kan paling ga satu bulan setelah lahir trus untuk ibunya pijat walik tu kan itu sebenarnya tidak boleh dilakukan (responden bidan)”*.

*“Konseling di sini sih bilanganya ya ya yaa.. tapi dia pengaruh dari keluarganya masih kuat gitu lho Buk (responden bidan)”*.

Pantang atau tabu ialah suatu larangan untuk mengkonsumsi jenis makanan tertentu karena terdapat ancaman bahaya terhadap barang siapa yang melanggarnya. Pantangan merupakan sesuatu yang diwariskan dari leluhur melalui orangtua, terus ke generasi-generasi di bawahnya. Hal ini menyebabkan orang tidak tahu lagi kapan suatu pantangan atau tabu makanan dimulai dan apa sebabnya. Seringkali nilai sosial ini tidak sesuai dengan nilai gizi makanan (Baumali, 2009).

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa hambatan-hambatan lain dalam menerapkan kebijakan program masa nifas adalah adanya keterbatasan waktu dan tenaga. Bidan yang jaga tidak mencukupi sehingga tidak mempunyai waktu untuk melakukan kunjungan ke rumah pasien. Beberapa bidan membuat suatu kebijakan yang mengharuskan pasien untuk melakukan kunjungan ulang ke tempat pelayanan, sehingga bidan tidak harus melakukan kunjungan ke rumah pasien.

Responden mengatakan bahwa hambatan dari bidan terutama karena tidak adanya waktu untuk melakukan kunjungan ke rumah pasien. Bidan beralasan tenaga yang ada tidak begitu banyak. Medan yang sulit untuk dapat mencapai rumah bahwa jika harus mengunjungi semua pasien yang melahirkan sampai kunjungan ke-4, tidak ada waktu untuk pasien-pasien yang lain serta tidak adanya kebijakan dari klinik juga membuat bidan tidak melakukan kunjungan ke rumah pasien seperti yang diungkapkan responden berikut ini:

*“Waktunya ga ada Buk, tenaganya juga tidak ada, kita disini cuma berapa orang, trus medannya itu bu, disini kan medannya naik turun, trus kebijakan dari klinik juga cuma sekali saja Buk untuk kunjungan ulangnya (responden bidan)”*

Ketersediaan fasilitas kesehatan dengan mutu pelayanan yang baik akan mempercepat derajat kesehatan masyarakat. Dengan adanya fasilitas yang mudah terjangkau dan dengan mutu pelayanan yang baik akan meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat. Ketersediaan fasilitas harus diikuti dengan tenaga kesehatan yang merata dan mencukupi juga yang memiliki kompetensi di bidangnya itu sampai tingkat desa dan sampai pelosok.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Semua bidan (100%) melakukan kunjungan pada masa nifas yakni pada 6-8 jam post partum dan 6 hari post partum. Pada minggu ke-2, bidan yang melakukan kunjungan pada ibu nifas sebanyak 33 bidan (82,5%), dan pada minggu ke-6 bidan yang melakukan kunjungan pada ibu nifas sebanyak 30 bidan (75%). Semua bidan menyatakan bahwa kunjungan pada masa nifas sangat penting untuk memantau keadaan ibu dan bayi sehingga sebagian besar responden bidan melakukan asuhan kebidanan masa nifas yang meliputi pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan, cara mencegah perdarahan, konseling ASI awal, konseling perawatan bayi, konseling tanda bahaya masa nifas, KIE kebutuhan masa nifas, pemberian imunisasi pada bayi dan pelayanan KB.

Beberapa responden bidan mengatakan bahwa hambatan yang dialami untuk penerapan kunjungan masa nifas adalah tidak adanya waktu untuk melakukan kunjungan, tempat tinggal yang jauh dari tempat pelayanan (BPS), tidak adanya jadwal dan kebijakan dari BPS/klinik untuk pelaksanaan *home care*.

### Saran

Setiap bidan praktik swasta sebaiknya mengatur jadwal untuk melakukan kunjungan masa nifas sampai enam minggu post partum dan wajib melakukan seluruh asuhan yang harus diberikan pada masa nifas untuk deteksi dini infeksi dan komplikasi masa nifas. Institusi pendidikan hendaknya memberikan pengajaran yang menekankan pentingnya asuhan pada masa nifas mulai dari 6-8 jam sampai dengan enam minggu setelah melahirkan.

## DAFTAR RUJUKAN

Bahiyatun. 2009. *Asuhan Kebidanan Nifas Normal*. EGC: Jakarta.

- Baumali, A. 2009. *Pemenuhan Zat Gizi Ibu Nifas dan Budaya Se'l pada Masyarakat Suku Timor Dawan di Kecamatan Molo Selatan Kabupaten Timor Tengah Selatan*. Tesis tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada.
- Blaxter, L. Hugther, C. & Thigt, M. 2001. *How to Re-Search; Seluk Beluk Melakukan Riset*. Edisi Kedua. PT. Indeks Kelompok Gramedia: Jakarta.
- Campbell, K. 2010. *PostPartum Doulas: Motivation and Perceptions of Practice*, (online), (<http://www.elsevier.com/midw>), diakses 1 April 2013.
- Deslidel, dkk. 2011. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. EGC: Jakarta.
- Dinkes Bantul. 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul*, (online), (<http://www.dinkes.bantulkab.go.id>), diakses 21 Oktober 2013.
- Dompas, R. 2010. *Ilmu Kesehatan Anak*. EGC: Jakarta.
- Khairuniyah. 2004. *Pemberian ASI Eksklusif Ditinjau dari Faktor Motivasi, Persepsi, Emosi dan Sikap pada Ibu yang Melahirkan*. Tesis tidak diterbitkan. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Mochtar, R. 2002. *Sinopsis Obstetri*. EGC: Jakarta.
- Padminingrum, D., Widiyanti, E. 2005. *Dasar-Dasar Komunikasi; (Modul Pembelajaran)*. UNS: Surakarta.
- Prawirohardjo, S. 2007. *Ilmu Kebidanan*. FKUI: Jakarta.
- Saifudin, A.B. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta.
- Saleha. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Salemba Medika: Jakarta.
- Sardiman. 2007. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Rajawali Press: Jakarta.
- Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta.
- Yin, R.K. 2006. *Studi Kasus Desain dan Metode*. Divisi Buku Perguruan Tinggi. PT Raja Grafindo Persada: Jakarta.

## **GAMBARAN STRES MAHASISWA TERHADAP PRESTASI BELAJAR MAHASISWA KEPERAWATAN**

**Agnes Erida Wijayanti, Anastasia Sari Kusumawati**

STIKES Wira Husada Yogyakarta

E-mail: ns\_anez@yahoo.co.id

**Abstract:** This study aims to reveal the student stress on student achievement Diploma III Nursing program STIKES Wira Husada Yogyakarta. The study design was descriptive quantitative analytic cross sectional study. Eighty-one respondents were taken using total sampling technique. The results showed students with moderate stress levels have of 0.26 times opportunity to have an average GPA, than students with high stress levels. Hypothesis established, there is a negative and significant relationship between the level of stress with student achievement index. The higher level of stress then the lower student achievement index.

**Keywords:** stress level, learning achievement

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran stres mahasiswa terhadap prestasi belajar mahasiswa Program Studi D III Keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta. Desain penelitian adalah deskriptif analitik kuantitatif dengan rancangan cross sectional study. Total sampling sejumlah 81 mahasiswa. Hasil penelitian menunjukkan mahasiswa dengan tingkat stres sedang mempunyai peluang 0,26 kali memiliki IPK rata-rata dibanding mahasiswa dengan tingkat stres berat. Hipotesis ditegakkan ada hubungan negatif dan bermakna antara tingkat stres dengan indeks prestasi mahasiswa. Semakin tinggi tingkat stres maka semakin rendah indeks prestasi mahasiswa.

**Kata kunci:** tingkat stres, indeks prestasi

## PENDAHULUAN

Setiap orang mengalami sesuatu yang disebut stres sepanjang kehidupannya. Stres dapat memberi stimulus terhadap perubahan dan pertumbuhan, dan dalam hal ini, suatu stres adalah positif dan bahkan diperlukan. Namun demikian, terlalu banyak stres dapat mengakibatkan penyesuaian yang buruk, penyakit fisik, dan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah. Sejumlah penelitian yang telah dilakukan menunjukkan adanya suatu hubungan antara peristiwa kehidupan yang menegangkan atau penuh stres dengan berbagai kelainan fisik dan psikiatrik (Yatkin & Labban dalam Potter & Perry, 2005).

Stres dapat memberi dampak secara total pada individu yaitu fisik, psikologis, intelektual, sosial, dan spiritual. Stres dapat mengancam keseimbangan fisiologis. Stres intelektual akan mengganggu persepsi dan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah, stres sosial akan mengganggu hubungan seseorang dalam menyelesaikan masalah dan akan mengganggu hubungan individu terhadap lingkungan (Davis, *et al.* 1989 dalam Rasmun, 2004).

Hasil studi pendahuluan mengenai kondisi psikologi mahasiswa tingkat II dan tingkat III tahun ajaran 2009/2010 Prodi D III Keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta, menunjukkan dari 20 responden didapatkan 13 mahasiswa menyatakan bahwa mereka mengalami stres. Delapan mahasiswa tingkat II menyatakan mengalami stres dan dua orang menyatakan biasa-biasa saja. Sedangkan dari mahasiswa tingkat III tahun ajaran 2009/2010 sebanyak 5 orang menyatakan stres dan 5 orang menyatakan biasa-biasa saja. Mahasiswa yang menyatakan mengalami stres tersebut menyebutkan stresor yang harus mereka hadapi antara lain adalah adanya beban SKS yang besar, adanya pemberian tugas kelompok/individu dari dosen, nilai mata pembelajaran lebih rendah dari yang diharapkan, perlunya adaptasi

dengan lingkungan pembelajaran yang baru sehingga menyebabkan mahasiswa cenderung mengalami stres.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti gambaran stres mahasiswa terhadap prestasi belajar mahasiswa di Prodi D III Keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan kuantitatif, menggunakan rancangan *cross sectional study*. Populasi yang diambil adalah mahasiswa tingkat II tahun ajaran 2009/2010 yang berjumlah 43 mahasiswa dan mahasiswa tingkat III tahun ajaran 2009/2010 yang berjumlah 47 mahasiswa. Dalam penelitian ini mahasiswa tingkat I tidak diikutsertakan dalam penelitian, karena penelitian ini dilaksanakan pada semester ganjil, sehingga mereka belum memiliki nilai Indeks Prestasi.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Total Sampling*, yaitu seluruh mahasiswa tingkat II dan tingkat III Prodi D III Keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta tahun ajaran 2009/2010, dengan kriteria subjek penelitian. Total populasi mahasiswa tingkat II dan tingkat III tahun ajaran 2009/2010 adalah 90 orang dan yang memenuhi kriteria sebanyak 81 orang, 9 orang tidak masuk kriteria karena tidak hadir saat pengambilan data. Variabel independen dalam penelitian ini adalah stres mahasiswa dalam proses belajar-mengajar, sedangkan variabel dependen adalah prestasi belajar mahasiswa Prodi D III Keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat stres yang dialami oleh mahasiswa. Kuesioner tersebut adalah *Student Stres Scale*, sedangkan instrumen untuk mengukur prestasi belajar menggunakan Indeks Prestasi semester ganjil tahun

ajaran 2009/2010. Analisa data dilakukan secara deskriptif, yaitu dengan membuat tabel distribusi frekuensi dan dihitung estimasi resiko relatif (*odds ratio/OR*) antara Tingkat Prestasi Mahasiswa dengan Tingkat Stres Mahasiswa.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1. Tingkat Stres Mahasiswa**

Kategori	Frekuensi	Persentase
<b>Tingkat II</b>		
Stres sedang	12	31,6
Stres berat	26	68,4
<b>Tingkat III</b>		
Stres sedang	10	23,3
Stres berat	33	76,7
<b>Total</b>	81	100

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Jawaban Kuesioner Tingkat Stres Mahasiswa**

Kategori	Persentase
Stres Keluarga	50,5
Stres Sosial	20,6
Stres Pekerjaan/Aktivitas	28,7
Stres Mahasiswa	42,4
Stres Lingkungan/Situasi	41,9
Stres Kondisi Fisik	11,7
Stres Kondisi Ekonomi	72,8
Stres Hukum	23,5

Dari analisis data kuesioner yang dilakukan oleh peneliti, pada tabel 2 dapat dilihat bahwa sebagian besar mahasiswa mengalami stres yang diakibatkan oleh

stresor ekonomi, stresor mahasiswa, stresor pekerjaan, stresor sosial, stresor fisik.

Tabel 3 menunjukkan bahwa berdasarkan umur, sebagian besar responden memiliki tingkat stres berat sebanyak 72,8% dimana 64,1% berusia 18-22 tahun dan 8,7% berusia 23-34 tahun. Hasil analisis statistik tingkat stres dengan usia mempunyai nilai  $\chi^2$  (*chi-square*)=0,964 kurang dari r tabel=3,84 menunjukkan probabilitas sama atau tidak ada perbedaan yang signifikan antara umur dan tingkat stres. Jadi secara deskriptif variasi umur tidak ada pengaruhnya terhadap tingkat stres.

**Tabel 4. Tingkat Stres Berdasarkan Jenis Kelamin Mahasiswa**

Jenis Kelamin	Tingkat Stres Mahasiswa				Total	
	Sedang		Berat		F	%
	F	%	F	%		
Laki-laki	8	10	19	23,4	27	33,4
Perempuan	14	17,2	40	49,4	54	66,6
Total	22	27,2	59	72,8	81	100

Tabel 4 menunjukkan berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar responden memiliki tingkat stres berat 72,8% dimana 23,4% berjenis kelamin laki-laki dan 49,4% berjenis kelamin perempuan. Nilai  $\chi^2$  (*chi-square*)=0,125 kurang dari r tabel=3,84 menunjukkan probabilitas sama atau tidak ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin dan tingkat stres. Jadi secara deskriptif variasi jenis kelamin tidak ada pengaruhnya terhadap tingkat stres.

**Tabel 3. Tingkat Stres Berdasarkan Umur Mahasiswa**

Umur	Tingkat Stres Mahasiswa				Total	
	Sedang		Berat		F	%
	F	%	F	%		
18-22 th (remaja)	21	25,9	52	64,1	73	90
23-34 th (dewasa awal)	1	1,3	7	8,7	8	10
Total	22	27,2	59	72,8	81	100



**Tabel 5. Indeks Prestasi Mahasiswa**

Kategori	Frekuensi	Persentase
Di bawah rata-rata	1	1,2
Rata-rata	51	63
Diatas rata-rata	29	35,8
Total	81	100

Pada tabel 5 dapat dilihat bahwa dari 81 responden, sebagian besar yaitu 63% memiliki nilai IPK rata-rata.

Tabel 6 menunjukkan berdasarkan usia, sebagian besar responden memiliki nilai indeks prestasi rata-rata 63,1% dimana 54,3% berusia remaja dan 8,8% berusia dewasa awal. Nilai  $\chi^2$  (*chi-square*)=2,305

kurang dari  $r$  tabel=5,99 menunjukkan probabilitas sama atau tidak ada perbedaan yang signifikan antara usia dan indeks prestasi. Jadi secara deskriptif variasi usia tidak ada pengaruhnya terhadap indeks prestasi.

Tabel 7 menunjukkan berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar responden memiliki nilai indeks prestasi rata-rata 62,9% dimana 25,9% berjenis kelamin laki-laki dan 37% berjenis kelamin perempuan. Nilai  $\chi^2$  (*chi-square*)=6,791 lebih dari  $r$  tabel=5,99 menunjukkan probabilitas berbeda atau ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin dan nilai indeks prestasi. Jadi secara

**Tabel 6. Indeks Prestasi Mahasiswa Berdasarkan Umur Mahasiswa**

Usia	Indeks Prestasi Mahasiswa						Total	
	Dibawah rata-rata		Rata-rata		Diatas rata-rata			
	F	%	F	%	F	%	F	%
18-22 (remaja)	1	1,2	44	54,3	28	34,5	73	90
23-34 (dewasa awal)	-	0	7	8,8	1	1,2	8	10
Total	1	1,2	51	63,1	29	35,7	81	100

**Tabel 7. Indeks Prestasi Mahasiswa Berdasarkan Jenis Kelamin Mahasiswa**

Jenis Kelamin	Indeks Prestasi Mahasiswa						Total	
	Dibawah rata-rata		Rata-rata		Diatas rata-rata			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Laki-laki	1	1,2	21	25,9	5	6,3	27	33,4
Perempuan	-	0	30	37	24	29,6	54	66,6
Total	1	1,2	51	62,9	29	35,9	81	100

**Tabel 8. Hubungan Tingkat Stres Mahasiswa dengan Indeks Prestasi Mahasiswa**

Tingkat Stress	Indeks Prestasi Mahasiswa						Total		OR
	Dibawah rata-rata		Rata-rata		Diatas rata-rata				
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Sedang	-	0	9	11,1	13	16,1	22	27,2	0,26
Berat	1	1,2	42	51,8	16	19,8	59	72,8	
Total	1	1,2	51	62,9	29	35,9	81	100	

deskriptif variasi jenis kelamin ada pengaruhnya terhadap nilai indeks prestasi.

### **Gambaran Stres Mahasiswa dalam Proses Belajar-Mengajar Terhadap Prestasi Belajar Mahasiswa**

Berdasarkan perhitungan *odds ratio* pada tabel 8, dapat disimpulkan mahasiswa dengan tingkat stres sedang mempunyai peluang 0,26 kali memiliki IPK rata-rata dibanding mahasiswa dengan tingkat stres berat.

Perubahan fungsi kognitif hipokampus merupakan gejala yang menandai terjadinya penuaan, baik pada hewan atau manusia. Fenomena ini melibatkan mekanisme yang sangat kompleks karena berhubungan dengan berbagai macam variabel yang terdapat pada berbagai tingkat umur individu. Seiring bertambahnya umur akan diikuti dengan penurunan rata-rata kinerja pada tugas-tugas kognitif, namun sebagian individu yang berumur tua masih memiliki kinerja kognitif sebanding dengan individu yang berumur muda. Salah satu faktor yang mempengaruhi perubahan variabel fungsi otak berkaitan dengan penuaan adalah perbedaan sistem stres pada setiap individu. Perbedaan sistem stres pada berbagai individu dapat disebabkan oleh variasi genetik secara alamiah atau faktor penyebab stres dalam lingkungan yang tidak sama (Sunarno, 2010).

Kejadian penuh stres yang paling sering dihadapi para remaja adalah hal-hal yang berhubungan dengan sekolah seperti keharusan belajar untuk menghadapi ujian dan mendapat nilai buruk, dengan teman sebaya seperti berdebat dengan teman, dan hal-hal pribadi seperti gangguan tidur, keharusan bangun lebih pagi, dan sakit. Masa remaja merupakan masa seorang individu menghadapi masalah untuk pertama kalinya seperti masalah berat badan, jerawat, menstruasi, perkembangan yang tertinggal, rangsangan seksual, tekanan sekolah,

kebosanan, orang tua yang cerewet, tekanan dari teman sebaya, dan masalah uang (Finkelstein, 2006).

Berdasarkan karakteristik menurut umur tampak adanya variasi tingkat stres mahasiswa. Hasil korelasi tersebut sesuai dengan sejumlah penelitian yang menegaskan bahwa sumber stres adalah individu yang berkepribadian tipe A dan interaksi antara kepribadian dan lingkungan. Faktor lingkungan yang menjadi sumber stres adalah peran. Hasil penelitian dari Katz & Kahn (1978) dalam Sutarto (2006), menjelaskan bahwa peran yang dimainkan oleh individu adalah sumber stres, terutama apabila terjadi ketidakjelasan peran (*role ambiguity*), konflik dalam menjalankan peran (*role conflict*), atau beban peran yang berlebih maupun terlalu sedikit (*role overload-underload*).

Dari 81 responden, sebagian besar yaitu sebanyak 63% memiliki nilai IPK rata-rata. Adanya variasi ini menunjukkan bahwa IPK seseorang selalu dipengaruhi berbagai faktor yang dapat diklasifikasikan menjadi dua bagian yaitu faktor intern seperti kecerdasan atau intelegensi, bakat, minat dan motivasi serta faktor ekstern seperti pengalaman-pengalaman, keadaan keluarga, lingkungan sekitarnya dan sebagainya (Sunarno, 2010).

Berdasarkan perhitungan *odds ratio*, dapat disimpulkan mahasiswa dengan tingkat stres sedang mempunyai peluang 0,26 kali memiliki IPK rata-rata dibanding mahasiswa dengan tingkat stres berat. Dari uji statistik didapat bahwa hipotesis dapat ditolak yaitu ada hubungan negatif dan bermakna antara tingkat stres dengan indeks prestasi mahasiswa. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat stres maka semakin rendah indeks prestasi mahasiswa.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Khasanah (2004) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara derajat stres dengan prestasi

belajar siswa, terdapat hubungan yang bermakna antara kekebalan terhadap stres dan indeks prestasi mahasiswa. Emosi seseorang akan mempengaruhi ekspresi respon stres orang tersebut. Looker dan Gregson (2005) mengatakan bahwa stres bukanlah lingkungan melainkan emosi/keadaan di dalam diri seseorang. Cara yang seseorang pakai untuk berinteraksi dengan lingkungan akan menentukan seberapa besar dan tipe stres apa yang seseorang ciptakan untuk diri orang itu.

Pada penelitian ini didapatkan 19,8% mahasiswa yang mengalami stres berat dengan prestasi belajar yang diatas rata-rata dan 51,8% mahasiswa mengalami stres berat dengan prestasi belajar rata-rata. Hal ini menunjukkan bahwa stres pada mahasiswa tingkat II dan III angkatan 2009/2010 Prodi D III Keperawatan STIKES Wira Husada Yogyakarta dominan ke arah stres positif (*eustres*). Selye menyebutkan bahwa *eustres* bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan (Nasution, 2007). Hans mengemukakan *fresh joy of stres* untuk mengungkapkan hal-hal yang bersifat positif yang timbul dari adanya stres. *Eustres* dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi, dan performansi individu. *Eustres* juga dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu, misalnya menciptakan karya seni (Nasution, 2007).

Hasil penelitian juga menunjukkan terdapat mahasiswa yang mengalami stres berat dengan prestasi belajar yang dibawah rata-rata, menurut asumsi peneliti hal ini terjadi karena stres pada mahasiswa tersebut bersifat negatif (*distres*). Menurut analisis data dari beberapa item pada kuesioner stres, peneliti mendapatkan data bahwa mahasiswa tersebut mengalami masalah keluarga, masalah kesehatan, masalah dengan teman, masalah keuangan, mendapatkan nilai yang kurang, dan melakukan

pelanggaran ringan di kampus. Kondisi ini menyebabkan menurunnya konsentrasi mahasiswa untuk belajar dan mengakibatkan rendahnya prestasi belajar (Tomo, 2009).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan yang telah dilakukan, maka kesimpulan penelitian ini adalah, terdapat hubungan bermakna antara tingkat stres dengan prestasi mahasiswa. Hal ini berarti semakin tinggi tingkat stres yang terjadi pada mahasiswa maka semakin rendah indeks prestasi mahasiswa.

### Saran

Kepada pihak institusi dan pihak terkait diharapkan dapat melakukan pelatihan tentang manajemen stres yang baik meliputi beberapa jenis stresor mahasiswa seperti masalah ekonomi, kemahasiswaan, pekerjaan, sosial dan kondisi fisik. Masalah keuangan dan masalah kemahasiswaan dalam hasil penelitian ini menduduki dua masalah terbesar yang dirasakan oleh mahasiswa. Institusi juga perlu melakukan bimbingan dan konseling bagi setiap mahasiswa dengan menitik beratkan pada mahasiswa yang memiliki tingkat stres tinggi. Konseling bisa dilakukan oleh dosen atau tim yang terlatih.

Bagi peneliti selanjutnya agar lebih menyempurnakan penelitian dengan metode yang lebih lengkap baik dengan penambahan metode observasi dan wawancara dalam menilai tiap variabel penelitian dan masih perlu adanya penelitian untuk mengenali secara dalam tentang faktor yang dapat mempengaruhi stres dan indeks prestasi mahasiswa. Mahasiswa diharapkan dapat lebih memaksimalkan fasilitas bimbingan dengan pembimbing akademik melalui konseling, mampu mengelola stres yang dihadapi dalam kehidupannya dan

menempatkan diri ke dalam situasi *eustres* serta perlu untuk lebih memperhatikan hasil dan kemajuan prestasi belajar, dan berusaha untuk meningkatkan prestasi.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Finkelstein, Daniel M., Kubzansky, Laura D., Goodman, Elizabeth. 2006. Social Status, Stress, and Adolescent Smoking. *Journal of Adolescent Health*, 39:678–685.
- Khasanah, N. 2004. *Hubungan Antara Derajat Stres dengan Prestasi Belajar Siswa Madrasah Aliyah Wahid Hasyim di Depok Sleman*. Skripsi tidak diterbitkan. Yogyakarta: FK UGM.
- Looker, T., Gregson, O. 2005. *Managing Stress: Mengatasi Stres Secara Mandiri*. Baca!: Yogyakarta.
- Nasution N., et. al. 2007. *Materi Pokok Psikologi Pendidikan*. Direktorat Jenderal Pembinaan Kelembagaan Agama Islam dan Universitas Terbuka: Jakarta.
- Potter, P., Perry, A.G. 2005. *Fundamental of Nursing Concepts, Process and Practice*. C.V. Mosby Company: St. Louis.
- Rasmun. 2004. *Stres, Koping dan Adaptasi*. Edisi pertama. Sugeng Seto: Jakarta.
- Sunarno, dkk. 2010. Pengaruh Stres dan Hormon Glukokortikoid terhadap Tingkat Gangguan Neuropatologi pada Individu yang Mengalami Penuaan. *Sains Medika Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 2 (2): 207-220.
- Sutarto W. 2006. Pengaruh Kepribadian Type A dan Peran Terhadap Stres Kerja Manajer Madya. *Insan*, 8 (3): 188-197.
- Tomo, J. 2009. *Hubungan Antara Sikap, Motivasi, Disiplin Belajar, dan Prestasi Belajar Mahasiswa D-II PGSD Prajabatan FKIP Universitas Pattimura*. Tesis tidak diterbitkan. Malang: Program Pascasarjana Universitas Malang.

## **ANALISIS MUTU PELAYANAN KEBIDANAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN *POST SECTIO CAESARIA***

**Fitnaningsih Endang C, Samsi Haryanto, Jarot Subandono**

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

E-mail: vitna\_ningsih@yahoo.com

**Abstract:** This study aimed to analyze the quality of obstetric care to patient satisfaction post section caesaria in PKU Muhammadiyah Yogyakarta. This research is a combination of quantitative and qualitative, with a single case study approach. Data collecting using questionnaires and interviews of key respondents from patients, midwives and supervisors. Twenty-eight respondents were sampled representing each class of existing services. The results showed that the level of post sectio caesaria patient satisfaction to quality midwifery services are included in the category of medium and high, with a moderate level of satisfaction as much as 23 respondents (82.2%) and a high level of satisfaction by 5 respondents (17.8%).

**Keywords:** quality of service, the dimensions of satisfaction

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa kualitas pelayanan kebidanan terhadap kepuasan pasien post sectio caesaria di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kombinasi kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan studi kasus terpancang tunggal. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan wawancara terhadap responden kunci dari pasien, bidan dan supervisor. Dua puluh delapan responden diambil sebagai sampel yang mewakili tiap kelas pelayanan yang ada. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien post sectio caesaria terhadap mutu pelayanan kebidanan termasuk dalam kategori sedang dan tinggi, dengan tingkat kepuasan sedang sebanyak 23 responden (82,2%) dan tingkat kepuasan tinggi sebanyak 5 responden (17,8%).

**Kata kunci:** mutu pelayanan, dimensi kepuasan

## PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki peran strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Rumah sakit harus memiliki fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat karya serta mampu bersaing, karena kesehatan merupakan faktor penting dan secara langsung berpengaruh pada pertumbuhan ekonomi, umur harapan hidup dan pendidikan (Depkes RI, 2003). Pola pikir manusia Indonesia terus berkembang sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin cepat terkait dengan derasnya arus informasi. Perlu disadari bahwa perkembangan tersebut telah mengakibatkan timbulnya permasalahan yang semakin luas dan kompleks bagi organisasi pelayanan kesehatan.

Perubahan tata nilai dalam masyarakat juga ikut mengalami perubahan dengan semakin kritisnya memandang masalah yang ada, termasuk menilai pelayanan yang diperolehnya. Masyarakat seringkali merasakan ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan bahkan tidak menutup kemungkinan mengajukan tuntutan di muka pengadilan. Instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit perlu melakukan peningkatan terhadap kinerjanya untuk mengatasi segala permasalahan yang muncul akibat pesatnya perkembangan pada berbagai aspek kehidupan tersebut. Peningkatan kinerja dapat dilakukan dengan adanya kesadaran akan pengukuran kinerja bagi organisasi pelayanan kesehatan. Penilaian kinerja instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dapat difokuskan dengan tujuan memberikan kepuasan kepada pelanggan tentang persepsi mengenai mutu pelayanan di rumah sakit.

Rumah Sakit berperan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sehingga mutu pelayanan atau kualitas jasa yang diberikan kepada pelanggan harus

senantiasa dijaga dan ditingkatkan. Parasuraman (dalam Aksa dan Ratnasari, 2011) mengatakan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh lima dimensi yaitu *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy*. Dengan demikian kualitas jasa akan ditentukan oleh kemampuan perusahaan dalam menampilkan unsur-unsur kualitas jasa.

Kualitas didefinisikan sebagai tingkat baik buruknya sesuatu. Kualitas dapat pula didefinisikan sebagai tingkat keunggulan, sehingga kualitas merupakan ukuran relatif kebaikan. Kualitas produk dan jasa didefinisikan sebagai keseluruhan gabungan karakteristik produk dan jasa yang dihasilkan dari pemasaran, rekayasa, produksi, dan pemeliharaan yang membuat produk dan jasa tersebut dapat digunakan memenuhi harapan pelanggan. Kualitas adalah sesuatu yang diputuskan oleh pelanggan, artinya kualitas didasarkan pada pengalaman aktual pelanggan terhadap produk atau jasa. Secara operasional, produk berkualitas adalah produk yang memenuhi harapan pelanggan (Wijaya, 2011).

Azwar (1996) menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan tak lepas dari mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan. Masalah yang masih dijumpai dalam mutu pelayanan kesehatan adalah standarisasi tenaga-tenaga bidan yang belum sesuai dengan peran dan fungsinya. Upaya peningkatan kemampuan dan ketrampilan bidan melalui pelatihan juga belum mampu mengatasi kesenjangan antara tuntutan peningkatan mutu pelayanan kebidanan dengan kemajuan ilmu pengetahuan kesehatan dan kebidanan. Pengembangan karier bidan ke arah profesionalisme melalui penyelenggaraan pendidikan berjenjang belum terarah jelas, pemahaman terhadap budaya melayani dirasakan masih kurang, terbukti antara lain perilaku bidan dalam melaksanakan tugas masih kurang ramah.

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk (hasil) yang ia rasakan dengan harapannya. Tingkat kepuasan merupakan fungsi pembeda antara kinerja yang dirasakan (*perceived performance*) dan harapan (*expectations*). Pelanggan bisa mengalami salah satu dari tiga tingkat kepuasan yang umum. Jika kinerja di bawah harapan, pelanggan akan tidak puas. Apabila kinerja melampaui harapan, pelanggan akan sangat puas, senang, atau bahagia (Kotler, 2002).

Kepuasan pasien merupakan perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya tentang hasil atau harapannya, dapat juga dikatakan kinerja suatu organisasi dapat memenuhi harapan-harapan pasien, bila kinerja rumah sakit lebih rendah dari pada harapan pasien maka pembelinya tidak puas. Harapan mereka dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya, nasehat teman, kolega serta janji dan informasi dari masyarakat sekitar.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat dengan tipe B dan telah terakreditasi 16 bidang standar pelayanan. Enam belas bidang tersebut meliputi Administrasi Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Keperawatan, Rekam Medis, Farmasi, Kesehatan Keselamatan Kerja (K3), Radiologi, Laboratorium, Kamar Operasi, Pengendalian Infeksi, Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi, Rehabilitasi Medik, Pelayanan Gizi, Pelayanan Intensif dan Pelayanan Darah (Profil RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 2011).

Masyarakat selama ini beranggapan bahwa mutu pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih kurang baik, walaupun pihak RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah berupaya memperbaiki kinerjanya, baik dari segi pelayanan medis,

paramedis dan perawatan. Bahkan, masih terdapat masyarakat yang menilai perawat atau bidan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tidak ramah.

Hasil kuesioner kepuasan pelanggan di Ruang Sakinah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2010 mendapatkan hasil rerata pasien yang dirawat di Bangsal Sakinah masih kurang puas terhadap pelayanan yang diberikan. Hal ini merupakan permasalahan serius, karena tenaga perawat dan bidan merupakan modal utama dalam pelayanan di rumah sakit. Ketidakpuasan pasien dapat dilihat dari ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan yang ditunjukkan pada tabel 1.

**Tabel 1. Skor Harapan Pelanggan dan Skor Kenyataan di Ruang Sakinah RS PKU Muhammadiyah Tahun 2010**

Bulan	Skor Harapan Pelanggan	Skor Kenyataan
Januari	4,5285714	2,7142857
Februari	4,6190476	2,7142857
Maret	4,2527473	4,1758242
April	4,1978022	3,989011
Mei	4,4285714	3,6363636
Juni	4,0918367	3,8367347
Juli	4,5204082	4,1836735
Agustus	4,4725275	3,6043956
September	4,1428571	3,8839286

Petugas di Ruang Sakinah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berjumlah 15 bidan dengan jumlah pasien 19 orang. Petugas di kamar bersalin ada 10 bidan dengan rerata pasien perhari tiga orang. Tingkat pendidikan petugas adalah dari D1, D3 dan D4 kebidanan. Tingkat pendidikan petugas dapat mempengaruhi mutu pelayanan kebidanan.

Upaya-upaya yang dilakukan oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk meningkatkan mutu layanan kebidanan antara lain dengan meningkatkan jenjang

pendidikan para bidan/perawat secara bertahap dari SPK ke Akademi Perawatan, dari D1 Kebidanan menjadi D3 Kebidanan, dari D3 ke D4 kebidanan, serta memberikan pelatihan-pelatihan khusus bagi perawat atau bidan.

Perawat dan bidan adalah profesi yang berada 24 jam di sisi pasien, sehingga selain dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan pasien akan perawatan, mereka juga dituntut untuk dapat menjalin hubungan atau komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarganya untuk menunjang kesembuhan pasien. Oleh karena itu, selain memiliki ketrampilan dan pengetahuan tentang proses perawatan, mereka harus mampu berkomunikasi secara terapeutik. Dengan upaya-upaya yang telah dilakukan, diharapkan perawat dan bidan akan dapat menjalankan peran secara profesional yang akhirnya akan meningkatkan mutu pelayanan kebidanan yang diberikan kepada pasien.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisa kualitas pelayanan di RS PKU Muhammadiyah. Melalui penelitian ini dapat dinilai tingkat keberhasilan upaya pihak rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Ruang Sakinah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan responden adalah pasien *post sectio caesaria* yang dirawat di ruangan ini. Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari-Juni 2012. Penelitian ini merupakan penelitian kombinasi kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan studi kasus terpancang tunggal. Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan membagikan kuesioner berisi pertanyaan terkait kualitas pelayanan. Untuk memperkaya data dilakukan wawancara terhadap responden kunci yang mewakili subyek pasien, bidan hingga supervisor.

Penelitian ini mengambil 28 responden sebagai sampel yang diambil masing-masing dari tiap kelas pelayanan yang ada. Kelas pelayanan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mencakup empat tipe yaitu VIP, kelas I, kelas II dan kelas III. Tiap kelas pelayanan diwakili tujuh orang responden.

Alat yang digunakan adalah kuisisioner dengan nilai uji reliabilitas *Cronbach Alpha* sebesar 0,645 dan dinyatakan reliabel. Hasil dari kuesioner yang diberikan kepada responden berupa jawaban kualitatif, selanjutnya diquantitatifkan dengan pemberian *point*. Total *point* kuesioner merupakan hasil kuantitatif. Skoring tersebut, bersama hasil wawancara dibahas secara deskriptif untuk menjelaskan persepsi kepuasan responden terhadap pelayanan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran karakteristik responden berdasarkan usia, jenis pekerjaan dan pendidikan adalah sebagai berikut.

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden**

Karakteristik Responden	Jumlah (n)	Persentase (%)
<b>Usia</b>		
<20	-	-
21-35	22	78,57
36-45	6	21,43
Total	28	100,00
<b>Pendidikan</b>		
< SMA	3	10,71
SMA	11	39,29
Diploma	1	3,57
Sarjana	13	46,43
Total	28	100,00
<b>Pekerjaan</b>		
PNS	5	17,86
Swasta	15	53,57
Ibu Rumah Tangga	8	28,57
Total	28	100,00



Berdasarkan tabel 2 karakteristik responden, mayoritas responden berusia 21-35 tahun yaitu sebanyak 22 orang (78,57%). Sebagian besar responden berpendidikan sarjana yaitu sebanyak 13 orang (46,43%). Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar responden adalah pegawai swasta yaitu sebanyak 15 orang (53,57%).

Secara umum, hasil penelitian ini menunjukkan mutu pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta khususnya menunjukkan tingkat kepuasan responden pasien *post sectio caesarea*. Hasil analisis statistik deskriptif menunjukkan sebesar 60,7% responden menyatakan puas. Sebaran responden yang merata pada setiap tingkatan kelas pelayanan (kelas I, kelas II, kelas III dan VIP) makin menguatkan kesimpulan ini. Sebaran sampel pada tiap kelas akan memperlebar jangkauan data hingga karakteristik responden akan lebih beraneka ragam baik secara sosial, pendidikan maupun ekonomi.

Mutu (kualitas) dapat didefinisikan berbeda-beda oleh setiap orang. Kualitas mempunyai banyak kriteria dan sangat tergantung pada konteksnya. Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan ditentukan oleh kepuasan penerima pelayanan. Kepuasan penerima pelayanan dicapai apabila penerima pelayanan memperoleh pelayanan sesuai dengan yang dibutuhkan dan yang diharapkan.

Pengambilan data melalui kuesioner yang disebar secara berbeda akan menghasilkan respon berbeda. Penyebabnya karena pasien biasanya telah menyesuaikan harapan dengan pemilihan kelas pelayanannya. Biasanya pasien pada kelas VIP akan mengharapkan memperoleh pelayanan eksklusif dan tanpa cela dari pihak rumah sakit. Meskipun hal ini bukan berarti pasien kelas di bawahnya (kelas I, II dan III) mendapat pelayanan buruk.

## Analisis Kepuasan Pelayanan Kebidanan

Penelitian tentang kepuasan memiliki lima dimensi utama yang saling bersinergi membentuk persepsi kepuasan. Kelimanya adalah *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *tangible* dan *empathy*. Hasil dari kuisisioner pada aspek-aspek pertanyaan di setiap dimensi dapat dianalisis menggunakan statistik deskriptif untuk mengetahui nilai *modus*, *mean* dan *median*.

**Tabel 3. Hasil statistik deskriptif tiap dimensi kepuasan**

Dimensi	Modus	Persentase Modus*	Mean	Median
<i>Reliability</i>	3	75,00	2,96	3
<i>Responsiveness</i>	3	51,7	2,65	3
<i>Assurance</i>	3	75,00	2,98	3
<i>Tangible</i>	3	61,9	2,77	3
<i>Empathy</i>	3	57,1	2,69	3

*Reliability* dan *assurance* pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta khususnya pada pasien *post sectio caesarea* memperoleh nilai *mean* tertinggi (2,96 dan 2,98). Artinya, petugas medis telah dipandang memiliki efisiensi waktu pekerjaan baik dan memiliki tingkat kepercayaan akan keamanan yang baik di atas pasien. Sedangkan *mean* terendah pada dimensi *responsiveness* dan dimensi *empathy* (2,65 dan 2,69). Masing masing nilai kepuasannya sangat tipis dengan ketidakpuasan, artinya kedua dimensi ini masih sangat membutuhkan perbaikan untuk pelayanan mendatang.

Dimensi *reliability* memunculkan nilai 3 sebagai jawaban dominan responden (*modus*). Nilai tersebut menunjukkan jawaban kepuasan pelanggan. *Modus* tersebut muncul sebanyak 75% dari keseluruhan jawaban pelanggan. *Mean* dari hasil kuesioner dimensi *reliability* sebesar 2,96. Jika *mean* dapat dijadikan sebagai patokan ke-

puasan, maka mayoritas responden merasa puas dengan pelayanan dimensi *reliability* karena mayoritas nilai kuesioner responden berada di atas nilai *mean*. Median dari hasil kuesioner dimensi ini adalah 3.

Penelitian Suparmi (1990) dalam Anjaryani (2009) menyatakan bahwa dimensi reliabilitas berdampak tidak hanya pada tingkat kepuasan pasien. Lebih jauh, dengan kepuasan tersebut seorang pasien akan cenderung lebih taat mengikuti tindakan medis. Ketaatan dari seorang pasien dalam mengikuti tindakan medis akan menjadi modal penting dalam mendukung kesembuhan pasien karena berkaitan erat dengan efek psikologis yang timbul.

Dimensi *responsiveness* memunculkan nilai 3 sebagai *modus* atau nilai yang paling sering muncul pada jawaban responden. Persentase munculnya nilai modus tersebut dari keseluruhan pertanyaan terkait *responsiveness* diketahui sebanyak 57,1%. *Mean* yang diperoleh dari hasil kuesioner dimensi *responsiveness* sebesar 2,65. Artinya sebagian besar responden merasa puas dengan pelayanan dimensi ini. *Median* untuk dimensi ini bernilai 3.

Persentase hasil terendah kedua terdapat pada dimensi *responsiveness*. Meski tergolong rendah, namun persentase ini dapat dikatakan cukup baik. Kondisi ini menunjukkan peran serta petugas medis dalam keseluruhan layanan sudah cukup baik. Dimensi ini wajib ditingkatkan untuk lebih memperbaiki mutu layanan sekaligus memberikan kepuasan pada pasien.

Dimensi *assurance* memunculkan nilai 3 sebagai modus atau nilai yang paling sering muncul pada jawaban responden. Persentase munculnya nilai modus tersebut dari keseluruhan pertanyaan terkait *assurance* diketahui sebanyak 75%. *Mean* yang diperoleh dari hasil kuesioner dimensi *assurance* sebesar 2,98. Artinya sebagian besar responden merasa puas dengan pelayanan

dimensi ini. *Median* untuk penelitian ini bernilai 3.

Dimensi *assurance* terkait dengan jaminan keamanan, kesopanan, mampu menimbulkan kepercayaan pasien. Menurut Anjaryani (2009) jaminan ini berupa terciptanya persepsi pasien bahwa kesembuhannya akan dapat tercapai dengan bantuan petugas medis di sekitarnya. Seorang perawat berkewajiban memaksimalkan dimensi ini agar terjalin kerjasama yang baik dengan pasien. Zeithmal and Binner (1996) dalam Anjaryani (2009) menjelaskan, dimensi *assurance* terkait erat dengan pembangunan reputasi institusi medis yang dibentuk oleh pengetahuan, ketrampilan hingga kepercayaan pasien pada tenaga medis dan sarana pendukung institusi. Ketika dimensi *assurance* tercapai dengan baik, bukan hanya kepuasan yang diperoleh, tetapi juga loyalitas pasien pada institusi kesehatan terkait.

Dimensi *tangibles* memunculkan nilai 3 sebagai modus atau nilai yang paling sering muncul pada jawaban responden. Persentase munculnya nilai modus tersebut dari keseluruhan pertanyaan terkait *tangibles* diketahui sebanyak 61,9%. Persentase ini tergolong cukup baik, bermakna bahwa performan petugas, kondisi sarana prasarana, fasilitas dan *output* yang dihasilkan telah memadai. *Mean* yang diperoleh dari hasil kuesioner dimensi *tangibles* sebesar 2,77 yang artinya sebagian besar responden merasa puas dengan pelayanan dimensi ini. *Median* untuk penelitian ini bernilai 3.

Keterbatasan dimensi *tangibles* dimungkinkan karena pola pandang berbeda dari tiap responden. Hal ini berkaitan dengan tipe RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tergolong bertipe B. Ruangan terdapat 19 tempat tidur, mulai dari kelas III sampai ruang VIP. Tersedia ruang bayi sehat dan perawatan bayi sakit. Ruang perawatan bayi sakit sudah mempunyai alat resusitasi yaitu CPAP walaupun baru dua buah.

Setiap petugas memiliki tanggung jawab pada masing-masing pasien guna mempermudah pemberian pelayanan dan perawatan. Terdapat pula ruang KPPASI, dimana ruang tersebut digunakan untuk perawatan bayi sehari-hari, misalnya memandikan bayi, tetapi pendidikan/pengetahuan tentang memandikan bayi tidak diperlihatkan secara langsung pada pasien, walaupun sebetulnya pasien banyak yang menginginkan mengetahui bagaimana cara memandikan bayi dan lain-lain. Selain itu juga tersedia ruang konseling atau penyuluhan bagi ibu-ibu nifas.

Dimensi *empathy* memunculkan nilai 3 sebagai *modus* atau nilai yang paling sering muncul pada jawaban responden. Persentase munculnya nilai *modus* tersebut dari keseluruhan pertanyaan terkait *empathy* diketahui sebanyak 57,1%. *Mean* yang diperoleh dari hasil kuesioner dimensi *empathy* sebesar 2,69. Artinya sebagian besar responden merasa puas dengan pelayanan dimensi ini. *Median* untuk penelitian ini bernilai 3.

Dimensi *empathy* harus benar-benar mendapatkan perhatian lebih dalam perbaikan di masa mendatang. Kekurangan pada *empathy* mengindikasikan bahwa petugas medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, khususnya yang melayani pasien *post sectio caesarea*, belum memiliki kemampuan berkomunikasi dan daya tanggap baik dalam melayani pasien. Masalah *empathy* memang akan sangat dirasakan oleh seorang pasien dan keluarganya karena menjadi perwujudan interaksi sehari-hari. *Empathy* juga dapat dikatakan memegang peranan penting dalam membentuk persepsi pasien memandang pelayanan medis yang didapatkannya. Dalam rangka peningkatan *empathy*, RS PKU Muhammadiyah telah mencanangkan 5 S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan dan Santun), namun terkadang realitasnya masih kurang.

Hasil kuesioner secara keseluruhan dapat dikategorikan dalam kelompok lebih spesifik. Pengkategorian itu dilakukan berdasarkan tingkat kepuasan yakni kepuasan rendah, sedang dan tinggi. Kategori kepuasan dilihat berdasarkan skor hasil kuesioner. Pengelompokkan skor atau nilai tersebut adalah skor/nilai 18-36 masuk dalam kategori kepuasan rendah, skor/nilai 37-54 masuk dalam kategori kepuasan sedang, dan skor/nilai 55-72 masuk dalam kategori kepuasan tinggi.

**Tabel 4. Nilai pada Masing-Masing Kategori Tingkat Kepuasan**

Kategori Kepuasan	Jumlah Responden
Rendah (18 - 36)	0
Sedang (37 - 54)	23
Tinggi (55 - 72)	5
Total	28

Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat kepuasan sedang. Tidak ada responden dengan tingkat kepuasan rendah atau tidak puas dengan pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Terdapat lima responden yang memiliki kepuasan tinggi.

Secara umum hasil tersebut menunjukkan pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebenarnya cukup baik dan memuaskan bagi pasien. Namun, pelayanan tersebut masih bisa ditingkatkan dan dioptimalkan sehingga akan lebih banyak pasien atau responden yang memiliki persepsi kepuasan dalam tingkatan tinggi.

Analisa hasil lebih mendetail juga dilakukan pada hasil kuesioner tiap-tiap kelas pelayanan. Sangat dimungkinkan adanya perbedaan fasilitas membuat persepsi antar kelas pelayanan menjadi berbeda-beda. Analisa hasil kuesioner tiap kelas pelayanan dapat dilihat pada tabel 5.

**Tabel 5. Analisa Hasil Kuesioner Tiap Kelas Pelayanan**

Kelas	Hasil nilai kusioner	Hasil nilai diharapkan	Persentase	Keterangan
I	340	504	67,46	Puas
II	378		75	Puas
III	351		69,64	Puas
VIP	361		71,63	Puas
Rerata			70,93	Puas

Hasil analisis dari kuesioner pada tiap kelas menunjukkan secara umum kualitas pelayanan baik. Hal ini dibuktikan dengan rerata hasil kuesioner yang mencapai angka 70,93%. Persentase tertinggi didapat pada responden kelas II dan terendah pada responden kelas I. Rendahnya persentase hasil pada kelas I dimungkinkan oleh keterbatasan pelayanan di kelas ini. Contohnya, pada pengaturan ruangan, kelas I diatur sedemikian rupa sehingga beberapa pasien menempati sebuah ruangan bersama-sama. Kondisi ini wajar bila memunculkan rasa kurang nyaman.

Menilik dari hasil kuesioner, maka perbedaan kelas pelayanan tidak secara signifikan mempengaruhi kepuasan. Meski terdapat perbedaan persentase, namun nilainya kecil. Maknanya, seorang pasien di RS PKU Muhammadiyah pada umumnya telah mampu menyesuaikan harapan dengan fakta kelas yang ia pilih. Sehingga, seorang pasien dapat menerima adanya perbedaan fasilitas dan sarana antar kelas pelayanan.

Kualitas pelayanan dapat terpengaruh dengan kepadatan jumlah pasien mengingat rasio petugas medis, fasilitas hingga sarana yang semakin kecil terhadap pasien yang harus dilayani. Selain itu, faktor psikologis berasal dari kelelahan memberikan pelayanan medis pada waktu kepadatan pasien tinggi juga dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas medis, upaya

untuk peningkatan mutu pelayanan selalu dilakukan pihak RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Beberapa bentuk upaya tersebut adalah disusunnya standar operasional (SOP) dan pelatihan berkala bagi sumber daya manusia. Salah satu faktor yang mempengaruhi realisasi SOP dan aplikasi pelatihan adalah tingkat pendidikan petugas medis.

Khusus untuk pelayanan medis di Ruang Sakinah, bagi pasien *post sectio caesarea*, masih terdapat personil dengan pendidikan di bawah D3. Setiap tingkatan pendidikan dimungkinkan memberi pemahaman berbeda pada sebuah standar operasional maupun pelatihan. Meski demikian, faktor pendidikan tidak mutlak berpengaruh karena adanya faktor lain seperti kepribadian hingga usia tenaga medis.

Secara umum, kualitas pelayanan medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta cukup memuaskan. Simpulan ini didukung dengan analisa terhadap kuesioner secara detail terhadap tiap dimensi kepuasan maupun tiap kelas pelayanan. Keseluruhan analisa menunjukkan tingkat kepuasan yang baik pada nilai kuesionernya dengan hasil di atas 50%. Meski demikian, kondisi ini tidak lantas membuat upaya peningkatan mutu pelayanan terhenti, karena masih terlihat adanya dimensi dengan nilai rendah, bahkan terpaut tipis dengan batasan tidak puas (*empathy*). Kondisi ini harus segera dibenahi agar tidak semakin memburuk di

masa yang akan datang atau bahkan menurunkan nilai dimensi lainnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Wu (2011), mendapatkan hasil bahwa tingkat kepuasan seorang pasien akan berkaitan erat dengan kondisi kualitas pelayanan sebuah rumah sakit ataupun instansi medis. Kualitas pelayanan berkaitan dengan reputasi atau *brand* yang disandang oleh sebuah rumah sakit. Apabila dikorelasikan dengan masa depan rumah sakit, maka reputasi yang baik akan menjamin hadirnya pasien secara kontinyu karena adanya faktor loyalitas.

### Harapan Pasien Terhadap Pelayanan

Pelayanan adalah faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan usaha jasa. Rumah sakit dapat dikatakan sebagai jenis usaha yang memberikan jasa kesehatan. Meskipun dalam misi pendirian tiap rumah sakit memiliki tujuan sosial dan pengabdian untuk masyarakat, namun perolehan laba atau keuntungan tetap menjadi fokus utamanya. Seperti diungkapkan wawancara dengan informan utama, ada beberapa harapan yang diinginkan oleh pasien VIP yaitu:

*“Empati itu perlu karena tidak semua punya pengalaman, apalagi baru pertama melahirkan pastinya sangat membutuhkan empati dari petugas “*

*“Informasi atau penjelasan setiap melakukan tindakan dan setelah melakukan tindakan yang berhubungan dengan pasien, selalu diajak ngomong-ngomong gimana bu, sudah makan belum, istilahnya dikaruhke (komunikasi harus lebih ditingkatkan)”*

Keberadaan pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit telah memiliki regulasi tersendiri. Regulasi itu tertuang dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang “Rumah Sakit”. Persepsi kepuasan

terhadap pelayanan rumah sakit semestinya disesuaikan dengan ketentuan mengenai hak-hak pasien yang diatur dalam undang-undang. Penelitian ini telah memenuhi persyaratan dengan mencakup sebagian besar hak pasien dalam pertanyaan yang diajukan.

Secara garis besar, berdasar hasil kuesioner pasien memiliki persepsi baik terhadap pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Artinya pasien terutama pada pelayanan *post section caesarea* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta merasa puas atas pelayanan yang diperoleh. Persepsi kepuasan di RS PKU Muhammadiyah hasil jawaban responden tidak bisa dipukul rata. Lima dimensi yang menggambarkan kepuasan, masing-masingnya memiliki nilai berbeda. Bahkan, ada dimensi penilaian (*empathy*) yang memiliki nilai jauh di bawah dimensi lainnya. Jarak yang besar menunjukkan masih adanya ketimpangan dalam pelayanan. Pelayanan baru dapat dikatakan paripurna apabila kelima dimensi berjalan selaras bersamaan. Meski demikian, keseluruhan nilai masing-masing dimensi masih menunjukkan indikasi kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Pelaksanaan mutu pelayanan kebidanan pada pasien *post sectio caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta cukup baik dengan adanya kelengkapan sumber daya manusia, sarana prasarana dan standar operasional pelayanan (SOP). Tingkat kepuasan pasien *post sectio caesarea* terhadap mutu pelayanan kebidanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta termasuk dalam kategori kepuasan sedang dan tinggi. Mayoritas tingkat kepuasan kategori sedang sebanyak 23 responden (82,2%), sedangkan tingkat kepuasan dengan kategori tinggi sebanyak 5 responden

(17,8%). Pelayanan yang menyangkut masalah *empathy* dan *responsibility* mempunyai nilai kepuasan yang sangat tipis dengan ketidakpuasan yaitu *mean* terendah pada dimensi *responsibility* sebesar 2,65 dan dimensi *empathy* sebesar 2,69, yang artinya kedua dimensi tersebut masih sangat membutuhkan untuk pelayanan mendatang.

Hambatan dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah antara lain adalah keterbatasan jumlah personil terutama pada saat pasien penuh, tidak meratanya tingkat pendidikan tenaga medis, kurangnya informasi dan komunikasi dengan pasien, perbedaan karakter pasien yang belum terantisipasi dengan baik dan masih adanya sikap kurang profesional dari petugas medis.

#### Saran

Pentingnya pemeliharaan dan peningkatan mutu pelayanan kebidanan oleh petugas, perlu sosialisasi pada petugas dan pasien untuk pelaksanaan SOP tentang pelayanan yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Pengelola RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta wajib melakukan upaya-upaya pelatihan dan pembekalan untuk memperbaiki mutu pelayanan medis secara umum dan dijadwalkan secara berkala terutama dalam meningkatkan sumber daya manusia.

Sistem *reward* dan *punishment* dapat dijalankan untuk meningkatkan profesionalitas serta komitmen dari petugas medis dalam memberikan pelayanan yang berkualitas pada pasien serta pentingnya dilaksanakan evaluasi secara berkala terhadap kinerja pelayanan medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara keseluruhan serta penambahan tenaga medis dengan kualitas sumber daya manusia yang memadai dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Aksa, Mastuti H., Ratnasari, Ririn Tri. 2011. *Manajemen Pemasaran Jasa*. Ghalia Indonesia: Bogor.
- Anjaryani, W.D. 2009. *Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Perawat di RSUD Tugurejo Semarang*. Tesis tidak diterbitkan. Semarang: Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro.
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ke-3. Penerbit Binarupa Aksara: Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kotler, Philip. 2002. *Manajemen Pemasaran*. Edisi Milenium. SMTG Desa Putera: Jakarta.
- Wijaya, Tony. 2011. *Manajemen Kualitas Jasa*. Edisi 1. PT Indeks: Jakarta Barat.
- RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. 2011. *Profil Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Yogyakarta: Tata Usaha RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Republik Indonesia. 1992. *Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Wu, C. C. 2011. The Impact of Hospital Brand Image on Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty. *African Journal of Bussiness Managemen*, 5 (12): 4873-4882.

## **KELAS BAPAK DAN PENGETAHUAN SUAMI TENTANG TANDA BAHAYA KEHAMILAN**

**Dedeh Supriatin, Yuliasti Eka Purnamaningrum, Yuni Kusmiyati**

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

E-mail: yuliasti.eka.purnamaningrum@gmail.com

**Abstract:** This quasi-experimental study aimed to determine the effect of the father class to increase husband's knowledge about the danger signs of pregnancy in South Rengasdengklok village, Rengasdengklok, Karawang in 2013. The subject of research is the husband of a pregnant woman, there are 26 treatment group and 26 control group. Measuring instrument using a questionnaire. Results of paired t-test showed that there is a difference in the pretest-posttest husband's level of knowledge given class father and given leaflets (p value=0.000). The result of independent t-test showed that there were differences between the husband's increased knowledge of the treatment group and the control group (p value = 0.000), it can be concluded that there is a father's class effect to the husband's increased knowledge about the danger signs of pregnancy.

**Keywords:** knowledge of pregnancy danger signs, father's class

**Abstrak:** Penelitian quasi-eksperimental ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kelas bapak terhadap peningkatan pengetahuan suami tentang tanda bahaya kehamilan di Desa Rengasdengklok Selatan, Rengasdengklok, Karawang tahun 2013. Subjek penelitian adalah suami dari ibu hamil sebanyak 26 orang kelompok perlakuan dan 26 orang kelompok kontrol. Alat ukur menggunakan kuesioner. Hasil uji paired t-test menunjukkan ada perbedaan nilai pretest-posttest tingkat pengetahuan suami yang diberi kelas bapak dan diberi leaflet (p value=0,000). Hasil uji independent t-test menunjukkan ada perbedaan peningkatan pengetahuan suami antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (p value=0,000), dapat disimpulkan ada pengaruh kelas bapak terhadap peningkatan pengetahuan suami tentang tanda bahaya kehamilan.

**Kata kunci:** pengetahuan tanda bahaya kehamilan, kelas bapak

## PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Berdasarkan SDKI survei terakhir tahun 2007 AKI di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Menurut data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat tahun 2011, jumlah kasus kematian ibu di Jawa Barat mengalami peningkatan sebanyak 850 kasus. Jumlah kematian ibu di Kabupaten Karawang cenderung fluktuatif dari tahun ke tahun, tahun 2012 meningkat menjadi 55 kasus yang tersebar di 30 puskesmas. Puskesmas Rengasdengklok merupakan daerah yang Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi di wilayah Kabupaten Karawang, pada tahun 2012 menempati peringkat tertinggi pertama yaitu sebanyak enam kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang, 2012).

Desa Rengasdengklok Selatan merupakan desa di wilayah kerja Puskesmas Rengasdengklok yang mempunyai Angka Kematian Ibu dengan jumlah empat kasus (Puskesmas Rengasdengklok, 2012). Tingginya angka kematian ibu disebabkan dua sebab yaitu masih kurangnya pengetahuan dan penanggulangan komplikasi penting dalam kehamilan, persalinan, serta nifas, dan kurang meratanya pelayanan kebidanan yang baik bagi semua yang hamil (Wiknjastro, 2007).

Penyebab tidak langsung dari kematian maternal antara lain adalah ketidaktahuan suami dalam mengenal komplikasi, keterlambatan mengenal bahaya di rumah, keterlambatan menuju fasilitas pelayanan kesehatan dan keterlambatan mendapatkan pertolongan medis.

Suami menjadi sasaran program pendidikan kesehatan reproduksi karena memiliki peran penting terutama sebagai pengambil keputusan yang krusial ketika kondisi istri cukup serius untuk mencari pertolongan dan dapat mengatasi keterlambatan jika menge-

tahui tanda bahaya kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan terhadap kesehatan reproduksi wanita (Rini, 2003). Hasil penelitian Sing *et al.* (1998), menyatakan para suami yang tinggal di daerah kabupaten sangat sedikit mengetahui tentang kesehatan reproduksi dan tanda bahaya kehamilan, sehingga sering terjadi keterlambatan dalam mencari pelayanan. Hal ini merupakan penyebab pokok pada kematian ibu.

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang dalam menurunkan AKI. Pada tahun 2012 telah membentuk kelas ibu hamil di setiap desa, membentuk Program Perencanaan Persalinan dan Penanganan Komplikasi (P4K). Kebijakan operasional pelayanan *antenatal care* di wilayah puskesmas adalah pemberian penyuluhan tentang tanda bahaya kehamilan dalam bentuk Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dan pemberian buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau Kartu Menuju Sehat (KMS) serta kelas ibu hamil.

Untuk mempercepat penurunan AKI, Kementerian Kesehatan (2011) telah mencanangkan program kelas bapak yang pelaksanaannya hampir sama dengan kelas ibu hamil yaitu kegiatan yang direncanakan untuk pembahasan materi mengenai tanda bahaya kehamilan dalam bentuk tatap muka dengan sasaran kelompok yaitu suami yang mempunyai istri hamil. Di Kabupaten Karawang sendiri belum pernah dilaksanakan kelas bapak. Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2010), di Kabupaten Kulon Progo menunjukkan ada pengaruh signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan kelas ayah terhadap peningkatan pengetahuan suami tentang pencegahan anemia dalam kehamilan.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah quasi-eksperimental dengan rancangan penelitian



*pretest posttest control group design*. Rancangan penelitian ini membagi sampel pada kelompok eksperimen dan kontrol dan tidak dilakukan secara random (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua suami yang mempunyai istri hamil dari bulan Januari-Maret tahun 2013 sebanyak 150 ibu hamil di Desa Rengasdengklok Selatan dan Desa Kertasari Wilayah Kerja Puskesmas Rengasdengklok Kabupaten Karawang.

Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dilakukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi serta didapatkan sampel minimal dengan menggunakan rumus proporsi rerata dua kelompok independen adalah sejumlah 24 responden. Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti *missing data* maka ditambah 10% dari besar sampel minimal sehingga diperoleh jumlah sampel sebesar 26 responden.

Besar sampel dalam penelitian adalah  $2 \times 26 = 52$  responden (26 responden sebagai kelompok perlakuan di Desa Rengasdengklok Selatan dan 26 responden sebagai kelompok kontrol di Desa Kertasari). Penelitian ini dilakukan pada 6-21 Juli 2013. Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen yaitu peningkatan pengetahuan suami tentang tanda bahaya kehamilan dan variabel independen yaitu kelas bapak.

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer mengenai pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Instrumen atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dari penelitian Suryani (2012), dengan jumlah soal 21 item. Teknik pengolahan data dilakukan dengan cara *editing, coding, transferring* dan *tabulating data*, kemudian dilakukan analisis *independent sample t-test* dan *paired t-test* (uji dua kelompok berhubungan) dengan  $p\text{-value} < 0,05$ .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Proporsi kematian ibu berdasarkan hasil Pencatatan dan Pelaporan kematian ibu di Kabupaten Karawang tahun 2007-2011 menunjukkan fluktuasi jumlah kematian ibu. Pada tahun 2007 kematian ibu sebanyak 47 orang, tahun 2008 jumlah kematian ibu sebanyak 43 kasus, sedangkan tahun 2009 jumlah kematian ibu sebanyak 61 orang, tahun 2010 jumlah kematian ibu menjadi 47 orang, tahun 2011 jumlah kematian ibu mencapai 51 orang serta tahun 2012 sebanyak 55 orang (Dinkes Kabupaten Karawang, 2012).

Berbagai upaya yang telah dilakukan pemerintah Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang tahun 2012 dalam menurunkan AKI yaitu dengan membentuk kelas ibu hamil dan P4K di setiap desa. Kebijakan operasional pelayanan *antenatal care* oleh departemen kesehatan di wilayah puskesmas adalah pemberian penyuluhan dalam bentuk KIE dan pemberian buku KIA atau KMS ibu hamil (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengetahuan suami mengenai tanda bahaya kehamilan di Desa Rengasdengklok Selatan. Berdasarkan hasil penelitian mayoritas para suami kurang mengetahui tanda bahaya kehamilan sehingga terlambat mengambil keputusan untuk menangani komplikasi kehamilan. Faktor lain yang menyebabkan keterlambatan yaitu keadaan geografis, sosial budaya dan sosial ekonomi yang berpengaruh terhadap kesehatan. Berdasarkan jumlah KK miskin tahun 2008, Kecamatan Rengasdengklok terdiri dari 33.797 KK miskin (Dinkes Kabupaten Karawang, 2012).

Sebagian besar penduduk Desa Rengasdengklok Selatan dengan status sosial ekonomi rendah sehingga mereka lebih mengutamakan kebutuhan primer yaitu

untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Masyarakat beranggapan bahwa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan membutuhkan biaya besar, sedangkan untuk masyarakat yang tempat tinggalnya jauh dari pelayanan kesehatan selain untuk biaya pemeriksaan juga membutuhkan biaya transportasi. Sosial budaya juga berpengaruh terhadap keterlambatan mengambil keputusan karena mereka menganggap bahwa setiap kehamilan itu normal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan uji homogenitas pada karakteristik responden antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, tidak ada perbedaan atau data dua kelompok homogen ( $p \text{ value} > 0,05$ ) seperti terlihat pada tabel 1.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan nilai rata-rata pada kelompok perlakuan dengan nilai *pretest* 10,85 dan *posttest* 14,92 dengan selisih rata-rata sebesar 4,07, sedangkan pada kelompok kontrol nilai *pretest* 10,96 dan nilai *posttest* 11,23 dengan selisih rata-rata sebesar 1,07, sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan nilai rata-rata *pretest-posttest* pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Setelah dilakukan pengujian data dengan uji *One Sample Kolmogorov-Smirnov* didapatkan nilai  $Z_{hitung} \text{ pretest}$  sebesar 0,90 dan  $posttest$   $1,21 < Z_{tabel}$  (1,96) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol nilai  $Z_{hitung} \text{ pretest}$  1,28

**Tabel 1. Uji homogenitas karakteristik responden**

Variabel	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		<i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Umur</b>					
17- 25 tahun	6	23,1	2	7,7	0,56
26-35 tahun	14	53,8	18	69,2	
36-45 tahun	6	23,1	6	23,1	
<b>Pendidikan</b>					
SD	4	15,4	5	9,2	0,70
SMP	6	23,1	10	38,5	
SMA	15	57,7	11	42,3	
D3/PT	1	3,8	-	-	
<b>Pekerjaan</b>					
PNS	1	3,8	-	-	0,67
Wiraswasta	5	19,2	3	11,5	
Karyawan	8	30,8	10	38,5	
Buruh	10	38,5	9	34,6	
Petani	2	7,7	4	15,4	
<b>Jumlah Anak</b>					
≤ 2	20	76,9	19	73,1	0,53
≥ 3	6	23,1	7	26,9	
<b>Sumber Informasi</b>					
Media	3	11,5	3	11,5	0,98
Teman	4	15,4	3	11,5	
Petugas	8	30,8	7	26,9	
Kesehatan					
Tidak tahu sama sekali	11	42,3	13	50,0	

**Tabel 2. Perbedaan rata-rata peningkatan pengetahuan suami tentang bahaya kehamilan pada dua kelompok**

Kelompok	Mean		Selisih	t-hitung	P (CI 95%)
	Pretest	Posttest			
Perlakuan	10,85	14,92	4,07	-11,35	0,000 (-4,81, -3,33)
Kontrol	10,96	11,23	0,27	-1,27	0,21 (-0,70 - 0,16)

dan *posttest*  $1,29 < Z_{\text{tabel}}$  (1,96). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada beda atau data berdistribusi normal dengan nilai *p value* kedua kelompok (*p value* > 0,05). Analisis pengujian hipotesis pada penelitian ini menggunakan analisis statistik dengan uji *Paired t-test* dan uji *Independent t-test*.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan ada perbedaan nilai pengetahuan *pretest* kelompok perlakuan sebesar 10,85 dan *posttest* sebesar 14,92. Pada kelompok kontrol diketahui nilai *pretest* sebesar 10,96 dan *posttest* sebesar 11,23. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan nilai *pretest-posttest* pada kelompok perlakuan dengan nilai  $p = 0,000$  (*p value* < 0,05).

**Tabel 3. Perbedaan peningkatan pengetahuan suami tentang tanda bahaya kehamilan antara dua kelompok**

Kelompok	Mean peningkatan	Selisih mean	p (CI 95%)
Perlakuan	4,19	3,92	0,000
Kontrol	0,27		(3,07 - 4,77)

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan ada perbedaan nilai *mean* peningkatan pengetahuan kelompok perlakuan sebesar 4,19 lebih besar dibandingkan nilai *mean* peningkatan kelompok kontrol sebesar 0,27. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan nilai *mean* peningkatan antara kedua kelompok dengan nilai  $p = 0,000$  (*p value* < 0,05).

Untuk mengukur pengetahuan responden tentang tanda bahaya kehamilan dilakukan intervensi pada kelas bapak. Untuk mengetahui keberhasilan dari pelaksanaan proses pendidikan kesehatan serta mengetahui sejauhmana pengetahuan responden tentang tanda bahaya kehamilan dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Untuk mengetahui efek perlakuan terhadap peningkatan pengetahuan dilakukan analisis item pertanyaan sesuai materi pertanyaan dengan membandingkan nilai *mean pretest* dan *posttest*.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan nilai rata-rata *pretest-posttest* pengetahuan suami pada kelompok perlakuan yaitu kelas bapak dengan *p value* = 0,000 (*p value* < 0,05), artinya ada perbedaan rata-rata pengetahuan suami pada kelompok perlakuan yang diberi intervensi pada kelas bapak. Hasilnya menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan suami pada kelompok perlakuan lebih besar daripada kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan penelitian Lestari (2010) yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan kelas ayah terhadap peningkatan pengetahuan suami tentang pencegahan anemia dalam kehamilan. Artinya ada pengaruh kelas ayah terhadap peningkatan pengetahuan suami.

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2010), pengetahuan adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses peningkatan atau pengenalan informasi, ide yang

telah diperoleh sebelumnya. Metode yang paling baik untuk penyampaian informasi kesehatan pada kelompok besar adalah ceramah (Notoatmojo, 2010). Ceramah adalah suatu pendidikan kesehatan yang diberikan kepada *audience* dengan cara menearangkan dan menjelaskan sesuatu dengan lisan disertai dengan tanya jawab, diskusi dengan sekelompok pendengar serta dibantu dengan beberapa alat yang diperlukan.

Kelebihan dari metode ceramah adalah pendidik mudah menguasai kelas, mudah menerangkan banyak bahan ajar dalam jumlah besar, dapat diikuti oleh kelompok besar, mudah dilaksanakan, mudah mengenalkan promosi kesehatan yang baru dalam masyarakat dan lebih mudah diterima oleh masyarakat. Metode ceramah biasanya dipergunakan untuk promosi kesehatan dalam mengenalkan promosi kesehatan yang baru.

Dalam jangka pendek, pendidikan kesehatan akan menghasilkan perubahan pengetahuan. Dalam jangka panjang, pengetahuan akan mempengaruhi perilaku seseorang, selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh terhadap meningkatnya indikator kesehatan masyarakat. Media yang dapat digunakan dalam memberikan informasi atau pendidikan kesehatan adalah melalui pemberian leaflet. Leaflet merupakan media yang tepat dalam memberikan informasi yang baru kepada sekelompok masyarakat, hal tersebut dapat meningkat secara tidak sadar pengetahuan suami tentang bahaya tanda bahaya kehamilan.

Menurut Liliweri (2007) leaflet memiliki kekurangan yaitu sulit menampilkan gerak dalam halaman, menampilkan dan memberikan kesan atau ingatan jangka pendek. Selain itu pembagian leaflet tanpa ada penjelasan yang baik dapat menjadikan pemahaman yang salah kaprah pada pemahaman persepsi yang berujung tidak dapat merubah secara signifikan pola pikir dan pengetahuan

seseorang. Selain itu biaya pembuatan leaflet cukup mahal.

Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Rini (2003) yang menyatakan bahwa hasil analisis uji statistik nilai pengetahuan suami jika dibandingkan antara kelompok metode partisipatif dan kelompok kontrol menunjukkan ada perbedaan yang bermakna secara statistik dengan nilai  $p=0,000$  dan bermakna secara praktis ( $\Delta=34,19\%$ ). Ini berarti pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode partisipatif, efektif untuk meningkatkan pengetahuan suami tentang materi kehamilan risiko tinggi dan pelayanan pemeriksaan kehamilan.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Nilai rata-rata pengetahuan suami sebelum diberi kelas bapak pada kelompok perlakuan dengan nilai *pretest* 10,85 dan nilai *pretest* pada kelompok kontrol yaitu 10,96. Nilai rata-rata pengetahuan suami setelah dilakukan intervensi kelas bapak dengan nilai *posttest* 14,92 pada kelompok perlakuan dan nilai *posttest* pada kelompok kontrol yaitu 11,23.

Terdapat perbedaan rata-rata peningkatan pengetahuan suami sebelum dan sesudah dilakukan intervensi kelas bapak pada kelompok perlakuan dan pemberian leaflet pada kelompok kontrol. Peningkatan pengetahuan kelompok perlakuan lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Ada pengaruh kelas bapak terhadap peningkatan pengetahuan suami tentang tanda bahaya kehamilan.

### Saran

Diharapkan kelas bapak dapat dilaksanakan sebagai salah satu program promosi kesehatan dengan tujuan untuk memberikan pengetahuan atau informasi untuk para suami tentang tanda bahaya kehamilan, komplikasi kehamilan dan keha-

milan risiko tinggi. Melalui kelas bapak, para suami dapat mengenali tanda bahaya kehamilan sedini mungkin sehingga tidak terjadi keterlambatan dalam mengambil keputusan.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang. 2012. *Laporan Tahunan Program Seksi Kesehatan Keluarga*. Karawang: Bidang Pelayanan Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lestari. 2010. *Efektifitas Kelas Ayah terhadap Peningkatan Pengetahuan Anemia pada Suami Ibu Hamil Trimester II di Puskesmas Lendah I Kabupaten Kulon Progo Tahun 2010*. Skripsi. Yogyakarta: Program DIV Kebidanan Poltekes Kemenkes Yogyakarta.
- Liliweri. 2007. *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan*. Mediatama: Jakarta.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo. 2010. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Puskesmas Rengasdengklok. 2012. *Data KIA Puskesmas Rengasdengklok*. Rengasdengklok: Puskesmas Rengasdengklok Kabupaten Karawang.
- Rini. 2003. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Partisipatif terhadap Pengetahuan Suami tentang Kehamilan Risiko Tinggi dan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan di Kabupaten Bantul*. Tesis. Yogyakarta: Program Magister Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Gadjah Mada.
- Sing, KK. *et al.*, 1998. Husbands Reproductive Health Knowledge, Attitudes, and Behavior in Uttar Pradesh, India. *Studies in Family Planning*, 29 (4): 388-399.
- Suryani. 2012. *Efektifitas Metode Konseling dalam Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Puskesmas Singgani Palu*. Tesis. Yogyakarta: Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada.
- Wiknjosastro. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo: Jakarta.

# **ANALISIS DETERMINAN PERILAKU PASIEN DALAM PENCEGAHAN KOMPLIKASI PENYAKIT DIABETES MELLITUS**

**Miming Oxyandi**

STIKES 'Aisyiyah Palembang

E-mail: mmingoxyandi@gmail.com

**Abstract:** This cross sectional study was aimed to analyze the determinants of the behavior of patients in the prevention of complications of diabetes mellitus (DM). Sample of 94 patients with diabetes who are treated at the Clinic of Internal Medicine Muhammadiyah Palembang Hospital, taken by purposive sampling technique. Data analysis using chi square (bivariate) and logistic regression (multivariate). The results showed that there is relationship between age ( $p=0.024$ ), education ( $p=0.033$ ), knowledge ( $p=0.035$ ), attitude ( $p=0.039$ ), and family support ( $p=0.011$ ) with the patient's behavior. There is no relationship between the sexes ( $p=0.762$ ) and employment ( $p=0.408$ ) with the patient's behavior. Multivariate analysis showed support of families be a determining factor in the patient's behavior prevention of DM complications ( $OR=4.260$ ).

**Keywords:** behavior, diabetes mellitus, complications, prevention

**Abstrak:** Penelitian cross sectional ini bertujuan untuk menganalisis determinan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit diabetes mellitus (DM). Sampel sebanyak 94 adalah penderita DM yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang, diambil dengan teknik purposive sampling. Analisis data menggunakan chi square (bivariat) dan uji regresi logistik (multivariat). Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara umur ( $p=0,024$ ), pendidikan ( $p=0,033$ ), pengetahuan ( $p=0,035$ ), sikap ( $p=0,039$ ), dan dukungan keluarga ( $p=0,011$ ) dengan perilaku pasien. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin ( $p=0,762$ ) dan pekerjaan ( $p=0,408$ ) dengan perilaku pasien. Analisis multivariat menunjukkan dukungan keluarga menjadi faktor penentu perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi DM ( $OR=4,260$ ).

**Kata kunci:** perilaku, diabetes mellitus, komplikasi, pencegahan

## PENDAHULUAN

Pada era globalisasi saat ini masih banyak gaya hidup masyarakat yang belum sesuai dengan kesehatan. Mereka pada umumnya mengkonsumsi segala jenis makanan seperti makanan tinggi lemak dan kolesterol tanpa diimbangi dengan olahraga. Gaya hidup ini dapat menimbulkan banyak penyakit seperti penyakit jantung koroner, *stroke*, hipertensi dan diabetes mellitus.

Diabetes mellitus atau kencing manis merupakan penyakit gangguan metabolisme glukosa dimana tubuh gagal atau kurang baik dalam mengontrol glukosa yang masuk dari makanan sehingga kadar gula darah tinggi. DM sudah dikenal sejak lama. Nama diabetes pertama kali diperkenalkan oleh pakar kesehatan dari Yunani yaitu *Celcus* dan *Areteus*. Sebutan diabetes pada waktu itu diberikan pada penderita yang banyak minum dan banyak kencing, dan dalam dunia kedokteran dikenal istilah Diabetes Mellitus (DM), sedangkan menurut bahasa Latin Diabetes artinya terus menerus dan Mellitus artinya manis (Prihaningtyas, 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO) penyakit DM merupakan penyakit yang terjadi peningkatan jumlahnya dari tahun ke tahun. Dari 6 kematian yang terjadi dalam 1 menit dan dari 20 kematian, setidaknya 1 terjadi akibat DM. Negara Indonesia menempati urutan keempat setelah India, China dan Amerika Serikat. Jumlah penderita DM terbesar di dunia terjadi pada tahun 2000, terdapat sekitar 8,4 juta penduduk Indonesia mengidap penyakit ini. Jumlah kasus ini terus bertambah seiringnya dengan perubahan pola makan dan gaya hidup masyarakat, terutama di perkotaan. Tahun 2030 jumlah penyandang DM diperkirakan menjadi 35 juta, apabila tidak adanya upaya pencegahan (Tobing, 2012).

DM telah menjadi penyakit umum yang bisa ditemukan di mana-mana. Angka kejadiannya terus melonjak tajam bahkan

cenderung menakutkan. DM dapat menyebabkan komplikasi mata, jantung, ginjal, saraf serta amputasi. Ini merupakan penyakit yang sangat serius sehingga tak berlebihan bila banyak pakar yang menyebutkan DM sebagai *the silent killer* (Tandra, 2014). Komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut berupa hipoglikemia, koma ketoasidosis diabetika dan keadaan hiperosmoler non ketotik.

Komplikasi kronis pada dasarnya disebabkan kerusakan pembuluh darah baik pembuluh darah kapiler (mikroangiopati) maupun pembuluh darah yang lebih besar (makroangiopati). Mikroangiopati akan menyebabkan kerusakan pada ginjal (nefropati diabetika), kerusakan pada retina (retinopati diabetika) dan kerusakan pada saraf (neuropati diabetika). Makroangiopati dapat mengenai pembuluh darah otak yang menimbulkan *stroke*, mengenai pembuluh darah jantung yang menimbulkan serangan jantung koroner, dan mengenai pembuluh darah kaki yang menimbulkan ulkus yang sulit disembuhkan. Komplikasi kronis ini sering menimbulkan cacat permanen karena komplikasi kronis yang sudah terjadi sulit disembuhkan. Retinopati diabetika merupakan penyebab kebutaan terbesar pada orang usia kerja di negara industri. Risiko kebutaan pada pengidap DM 25 kali lebih besar daripada non DM (Waryono, 2004).

Pencegahan DM dapat dibagi menjadi tiga tahap yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer adalah usaha yang ditujukan agar DM tidak terjadi pada individu/populasi yang mudah kena (*susceptible*), dilakukan dengan jalan menurunkan faktor risiko DM yang berupa kebiasaan dan lingkungan. Pencegahan sekunder berupa skrining dengan tujuan dapat menemukan DM sedini mungkin, agar dapat dilakukan penanganan dengan segera dan efektif. Pencegahan sekunder termasuk

usaha menemukan pengidap DM yang sebelumnya belum terdiagnosis. Hampir 50% orang yang sudah menderita DM tipe 2 tidak tahu dan tidak merasakan kalau dia menderita DM.

Pencegahan tersier merupakan usaha untuk mencegah terjadinya komplikasi dan cacat akibat komplikasi tersebut. Pencegahan komplikasi DM dapat dilakukan dengan cara mengubah gaya hidup yang keliru menjadi cara hidup baru yang benar. Beberapa contohnya adalah menghentikan kebiasaan merokok, gemar berolahraga, mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan yang kaya akan serat, menghentikan konsumsi *junk food* dan minuman bersoda, supaya DM dapat terkelola dengan baik (Tandra, 2014).

Data yang diperoleh dari *medical record* RS Muhammadiyah Palembang (RSMP) menunjukkan, pasien yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam (PDL) pada tahun 2011 terdapat penderita penyakit DM sebanyak 5.790 orang, tahun 2012 sebanyak 6.215 orang, tahun 2013 sebanyak 2.369 orang sedangkan pada tahun 2014 dari bulan Januari sampai dengan Februari berjumlah 1.395 orang (RS Muhammadiyah Palembang, 2014). Berdasarkan data tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang analisis determinan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit diabetes mellitus di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang.

Penyakit DM memberikan dampak komplikasi baik komplikasi akut maupun kronis pada tubuh penderitanya yang dapat mengakibatkan kecatatan pamanen bahkan kematian. Pencegahan komplikasi DM diperlukan agar mencegah kecacatan lebih lanjut, dengan pengendalian gula darah dan memperbaiki gaya hidup. Maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah analisis determinan perilaku pasien dalam pencegahan

komplikasi penyakit Diabetes mellitus di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang?”

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara determinan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit Diabetes Mellitus di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang Tahun 2014.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan metode *survey analitik* melalui pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan faktor efek (Deviani, 2006). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien penyakit DM yang datang berobat di ruang Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah dari tahun 2011 sampai dengan bulan Februari 2014 yang berjumlah 15.769 orang. Sampel penelitian ini sebanyak 94 responden. Sampel penelitian diambil menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu sampel yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya.

Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan distribusi frekuensi variabel (umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga dan perilaku pasien mencegah komplikasi penyakit DM). Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara dua variabel yaitu masing-masing variabel dependen dan independen. Dalam hal ini meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga sebagai variabel independen dan perilaku pasien mencegah komplikasi penyakit DM sebagai variabel dependen.

Untuk melihat adanya hubungan antara dua variabel tersebut digunakan uji statistik



*Chi Square* dengan tingkat kesalahan terbesar (*level signficancy*) 0,05 atau 5% dan tingkat kepercayaan (*confidence level*) 95%. Dengan ketentuan apabila nilai  $p > \alpha$  ( $p > 0,05$ ), maka keputusannya  $H_0$ =diterima, berarti tidak ada hubungan yang bermakna. Apabila nilai  $p \leq \alpha$  ( $p \leq 0,05$ ), maka keputusan  $H_0$ =ditolak, berarti ada hubungan yang bermakna. Dalam melakukan uji statistik ini dengan menggunakan komputerisasi (Hastono, 2006).

Analisis multivariat penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik model prediksi dengan tingkat kemaknaan (nilai  $p$ ) sebesar 0,05 artinya apabila  $p \text{ value} < 0,05$  berarti secara signifikan analisis ini untuk melihat faktor mana yang dominan. Kemaknaan hubungan dilihat pada  $p > 0,05$  dengan CI 95%.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari 94 responden diketahui distribusi frekuensi umur dengan kategori berumur tua sebanyak 56,4%, jenis kelamin dengan kategori laki-laki sebanyak 64,9%, pekerjaan dengan kategori bekerja 73,4%, pendidikan dengan kategori berpendidikan tinggi 54,3%. Distribusi frekuensi pengetahuan dengan kategori baik sebanyak 64,9%, sikap dengan kategori positif sebanyak 57,4%, dan dukungan keluarga dengan kategori mendukung sebanyak 50%. Distribusi frekuensi perilaku pencegahan dengan kategori melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM sebesar 72,3%.

Penelitian ini menggunakan analisis regresi logistik model prediksi dengan tingkat kemaknaan (nilai  $p$ ) sebesar 0,05, artinya apabila  $p \text{ value} < 0,05$  berarti ada hubungan secara signifikan. Analisis ini untuk melihat faktor yang dominan. Dari hasil penelitian didapat ada empat variabel dengan  $p \text{ value} < 0,25$  yaitu umur, pendidikan, pengetahuan, dan dukungan keluarga

sehingga dapat dimasukkan dalam analisis multivariat. Sedangkan variabel jenis kelamin, sikap dan pekerjaan dikeluarkan dari analisis multivariat karena  $p \text{ value} > 0,25$ .

Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi ada interaksi, tetapi kalau memang tidak ada, perlu dilakukan uji interaksi. Dalam analisis dianggap empat variabel independen pada model multivariat saling berinteraksi.

**Tabel 1. Hasil Analisis Multivariat Sebelum Uji Interaksi**

Variabel Independen	p Value	Exp (B)
Umur	0,099	2,583
Pendidikan	0,097	2,492
Pengetahuan	0,062	2,785
Sikap	0,547	1,410
Dukungan Keluarga	0,020	4,109

Setelah dilakukan uji interaksi masing-masing dari 5 variabel independen, maka hasil uji interaksinya seperti yang dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2. Hasil Analisis Multivariat Setelah Dimasukkan Interaksi Pengetahuan dan Dukungan Keluarga**

Variabel Independen	B	p Value	Exp (B)
Pengetahuan	1,082	0,043	2,952
Sikap	0,401	0,468	1,493
Dukungan Keluarga	1,449	0,015	4,260
Pendidikan	1,110	0,036	3,036
Dukungan Keluarga dengan Pengetahuan	1,094	0,001	0,006
Constant	-5,073		
Omnibus		0,001	

Dari tabel 2, didapat pada *output block 2 methods enter*, interaksi dukungan

keluarga dengan pengetahuan dengan *omnibus* 0,001, mempunyai *p value* < 0,05 maka ada interaksi antara dukungan keluarga dengan pengetahuan. Ada empat variabel yang berhubungan dengan perilaku pasien dalam pencegahan penyakit DM yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga. Variabel penentu atau yang paling besar hubungannya dengan perilaku pasien dalam pencegahan penyakit DM adalah dukungan keluarga dengan *OR*=4,260, berarti responden yang mendapat dukungan keluarga mempunyai risiko 4,260 kali mempunyai hubungan dengan perilaku pasien dalam pencegahan penyakit DM dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat dukungan dari keluarga setelah dikontrol dengan variabel pendidikan, pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga.

#### **Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Pendidikan dengan Perilaku**

Berdasarkan hasil uji statistik untuk umur, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan *p value*=0,024 lebih kecil dari  $\alpha=0,05$  yang berarti *H<sub>0</sub>* ditolak dan *H<sub>a</sub>* diterima. Dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. Hasil analisis uji keeratan hubungan diperoleh nilai *POR*=2,579, artinya responden yang berumur tua mempunyai risiko 2,579 kali lebih besar untuk tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang berumur muda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara determinan umur dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Hal ini disebabkan sebagian besar responden berumur tua. Umur merupakan variabel yang digunakan sebagai ukuran mutlak atau indikator

fisiologis. Dengan kata lain penggunaan fasilitas dan pelayanan kesehatan berhubungan dengan umur dimana semakin tua umur seseorang, akan bertambah pengetahuannya, menjadi lebih bertanggung jawab dan dapat berdiri sendiri, tidak cukup hanya diberikan informasi saja tapi perlu pengalaman. Semakin tua umur seseorang semakin tinggi peluang seseorang untuk melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang Tahun 2014.

Berdasarkan hasil pengujian statistik untuk jenis kelamin, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan *p value*=0,762 lebih besar dari  $\alpha=0,05$  yang berarti *H<sub>0</sub>* diterima dan *H<sub>a</sub>* ditolak. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. Hasil analisis uji keeratan hubungan diperoleh nilai *POR*=1,217 artinya responden yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai risiko 1,217 kali lebih besar untuk tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin perempuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara determinan jenis kelamin dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Hal ini disebabkan jenis kelamin seseorang tidak menentukan untuk seseorang melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM. Perbedaan gender biasanya tidak diterbitkan atau hasil temuannya kurang diperhatikan. Oleh karena itu, mengenai sejauh mana hasil pembelajaran itu dipengaruhi oleh perbedaan gender sampai saat ini masih terus dipertanyakan dan dikaji.

Berdasarkan hasil pengujian statistik untuk pekerjaan, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan *p value*=0,408 lebih

besar dari  $\alpha=0,05$  yang berarti  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik PDL RSMP Tahun 2014. Hasil analisis uji keeratan hubungan diperoleh nilai  $POR=0,684$  artinya responden yang bekerja mempunyai risiko 0,684 kali lebih besar untuk tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan antara determinan pekerjaan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Hal ini disebabkan pekerjaan seseorang tidak terlalu berpengaruh terhadap upaya pencegahan komplikasi penyakit DM. Suatu kegiatan atau memiliki pekerjaan yang memerlukan waktu yang lebih banyak di luar rumah, akan berpengaruh pada konsistensi/lamanya seseorang kontak dengan anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan keluarganya. Sebaliknya seseorang yang tidak bekerja mempunyai banyak waktu untuk melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Berdasarkan hasil uji statistik untuk pendidikan, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan  $p\text{ value}=0,033$  lebih kecil dari  $\alpha=0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit penyakit DM di Poliklinik PDL RSMP Tahun 2014. Hasil analisis uji keeratan hubungan diperoleh nilai  $POR=2,240$  artinya responden yang berpendidikan menengah dan rendah mempunyai risiko 2,240 kali lebih besar untuk tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan respon-

den yang berpendidikan tinggi.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara determinan pendidikan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Hal ini disebabkan banyak responden dengan pendidikan tinggi dan pemahaman yang baik tentang penyakit DM dalam upaya untuk pencegahan komplikasi penyakit DM. Pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Responden yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang lebih rasional terhadap informasi yang ada. Sebaliknya responden yang berpendidikan rendah akan bersikap masa bodoh terhadap informasi atau sesuatu dari luar.

Rendahnya tingkat pendidikan responden sangat berpengaruh terhadap peningkatan derajat kesehatan, oleh karena sikap responden yang belum terbuka dengan hal-hal inovasi baru. Pendidikan juga mampu mengubah tingkah laku seseorang untuk mencapai kualitas hidup yang diharapkan. Pendidikan merupakan faktor internal dari seseorang yang mempengaruhi orang lain dalam berperilaku, termasuk perilaku responden dalam melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

### **Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap dan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Pasien**

Berdasarkan hasil uji statistik untuk pengetahuan, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan  $p\text{ value}=0,035$  lebih kecil dari  $\alpha=0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit penyakit DM di Poliklinik PDL RSMP Tahun 2014. Hasil analisis uji keeratan hubungan

diperoleh nilai  $POR=2,157$  artinya responden yang berpengetahuan kurang mempunyai risiko 2,157 kali lebih besar tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan baik.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan pencegahan komplikasi penyakit DM. Hal ini disebabkan banyak responden dengan pengetahuan baik dan pemahaman yang baik tentang penyakit DM dalam upaya untuk mencegah komplikasi penyakit DM. Responden yang paham dan dengan pengetahuan yang baik, akan dapat melakukan upaya pencegahan penyakit komplikasi DM dengan baik. Karena pengetahuan adalah merupakan unsur atau dasar dalam melakukan tindakan (perilaku), jika seseorang berpengetahuan baik, maka seseorang tersebut akan cenderung mempunyai sikap yang positif, dan seseorang tersebut akan cenderung untuk melakukan upaya-upaya dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Berdasarkan hasil uji statistik untuk sikap, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan  $p\ value=0,039$  lebih kecil dari  $\alpha=0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara sikap dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik PDL RSMP Tahun 2014. Hasil analisis uji keamatan pengaruh diperoleh nilai  $POR=2,160$  artinya responden yang bersikap negatif mempunyai risiko 2,160 kali lebih besar tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang bersifat positif.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara sikap dengan pencegahan DM. Hal ini disebabkan karena,

sikap merupakan respon atau stimulus seseorang untuk melakukan tindakan. Jika seseorang mempunyai nilai sikap yang positif maka seseorang tersebut mempunyai respon atau stimulus yang baik. Dengan sikap yang baik responden melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit DM, sehingga individu tersebut terhindar dari komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Berdasarkan hasil pengujian statistik untuk dukungan keluarga, dengan menggunakan uji *Chi Square* didapatkan  $p\ value=0,011$  lebih kecil dari  $\alpha=0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik PDL RSMP Tahun 2014. Hasil analisis uji keamatan hubungan diperoleh nilai  $POR=2,714$  artinya responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga mempunyai risiko 2,714 kali lebih besar tidak melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan keluarga.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa ada hubungan antara determinan dukungan keluarga dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Hal ini disebabkan sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Perilaku, nilai-nilai, sikap-sikap yang sehat dipelajari dalam keluarga. Salah satu fungsi dasar dari keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan yang tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga. Responden yang mendapat dukungan keluarga akan mempengaruhi responden dalam pencegah komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

### Analisis Multivariat

Berdasarkan  $p\text{ value} < 0,25$  maka ada empat variabel yang masuk ke dalam multivariat yaitu umur, pendidikan, pengetahuan, dan dukungan keluarga sehingga dapat dimasukkan dalam analisis multivariat. Sedangkan variabel jenis kelamin, pekerjaan, dan sikap dikeluarkan dari analisis multivariat karena  $> 0,25$ . Hasilnya analisis model pertama hubungan keempat variabel independen yang meliputi umur, pendidikan, pengetahuan, dan dukungan keluarga. Dari keempat variabel tersebut semuanya masuk ke dalam pemodelan multivariat karena terdapat perubahan nilai  $OR > 10\%$ . Selanjutnya dilakukan uji interaksi berikut nilai  $OR$  (*odds ratio*) sebelum dilakukan uji interaksi pada variabel umur 3,535,  $OR$  (*odds ratio*) variabel pendidikan 3,051,  $OR$  (*odds ratio*) variabel pengetahuan didapatkan nilai 3,009,  $OR$  (*odds ratio*) variabel dukungan keluarga 3,878.

Hasil analisis uji interaksi dukungan keluarga dengan pengetahuan didapatkan nilai *omnibus*  $0,001 < p\text{ value}$  (0,05), maka ada interaksi antara dukungan keluarga dan pengetahuan. Dapat disimpulkan dari lima variabel yang berhubungan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM adalah umur, pendidikan, pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga. Variabel penentu atau yang paling besar hubungannya dengan perilaku pasien dalam pencegahan penyakit DM adalah dukungan keluarga dengan  $OR = 4,260$ . Responden yang mendapat dukungan keluarga berpeluang 4,260 kali mempunyai hubungan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM dibandingkan dengan responden yang tidak mendapat dukungan dari keluarga setelah dikontrol dengan variabel pendidikan, pengetahuan dan sikap.

Hasil analisis menunjukkan dukungan keluarga berhubungan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi

penyakit DM. Hal ini karena peran keluarga sangatlah berpengaruh. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Dukungan keluarga lebih dominan mempengaruhi responden untuk melakukan pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

### SIMPULAN DAN SARAN

#### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan ada hubungan antara determinan umur, pendidikan, pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan pekerjaan dengan perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM. Analisis multivariat menunjukkan dukungan keluarga menjadi faktor penentu perilaku pasien dalam pencegahan komplikasi penyakit DM di Poliklinik Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang tahun 2014 ( $OR = 4,260$ ).

#### Saran

Diharapkan dari rumah sakit memberikan penyuluhan kesehatan secara rutin dan pemberian leaflet kepada pasien serta keluarga. Rumah sakit juga dapat memberikan jadwal khusus konseling bagi keluarga pasien, agar ke depan dapat mendampingi dan merawat pasien supaya tidak terjadi komplikasi penyakit DM. Hendaknya institusi pendidikan lebih meningkatkan lagi sarana dan prasarana

belajar dengan lebih banyak lagi menyediakan bahan atau literatur untuk memudahkan peneliti dalam mencari referensi, dan tersedianya jurnal khusus untuk penyakit DM. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan agar dapat melanjutkan penelitian tentang penyakit DM dengan metode ataupun desain yang berbeda, seperti metode kualitatif dengan disain survei analitik.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Deviani. 2006. *Hubungan Pengetahuan dan sikap dengan upaya pelaksanaan pengobatan Penyakit Diabetes Mellitus di Poliklinik Khusus Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang*. Skripsi tidak diterbitkan. Padang: Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Hastono. 2006. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI: Jakarta.
- Meydani, P.Y.D. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pencegahan Komplikasi DM oleh Pasien DM di Poliklinik Khusus Penyakit Dalam RSUP Dr M. Djamil Padang*. Skripsi tidak diterbitkan. Padang: Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Prihaningtyas, Rendi Aji. 2013. *Hidup Manis dengan Diabetes; Panduan Lengkap Berkawan dengan Diabetes*. Media Pressindo: Yogyakarta.
- RS Muhammadiyah Palembang. 2014. *Medical Record dan Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang*. Palembang.
- Tobing, Ade. 2012. *Care Your Self Diabetes Mellitus; Pencegahan & Pengobatan Diri Sendiri*. Penebar Plus: Jakarta.
- Tandra, Hans. 2014. *Strategi Mengalahkan Komplikasi Diabetes; Dari kepala Sampai Kaki*. Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Waryono, Paulus. 2004. *Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Sebagai Usaha Menghambat Peningkatan Prevalensi dan Komplikasinya*. Disampaikan dalam Pidato Pengukuhan Guru Besar. Yogyakarta: FK UGM.

# **KOMUNIKASI INTERPERSONAL ANTARA DOSEN DAN MAHASISWA TERHADAP MOTIVASI BELAJAR DAN PRESTASI AKADEMIK MAHASISWA**

**Fauzi Abubakar**

STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe

E-mail: abubakarfauzi@yahoo.com

**Abstract:** This study aimed to determine the effect of interpersonal communication lecturer on learning motivation and academic achievement of students in the School of Nursing, College of Health Sciences Muhammadiyah Lhokseumawe. This research is quantitative research with correlational. Data was collected using a questionnaire, then the data is processed and analyzed descriptively and statistically. The results showed that interpersonal communication between faculty and students affect learning motivation of 24.4% with keofisien regression constants 0.469 and 18.644. As for the variables of academic achievement, 1.04% influenced by interpersonal communication lecturer and the rest influenced by other factors.

**Keywords:** interpersonal communication, motivation, achievement

**Abstrak:** Penelitian kuantitatif yang bersifat korelasional ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh komunikasi interpersonal dosen terhadap motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe. Pengumpulan data menggunakan kuesioner berbentuk angket. Data diolah dan dianalisis secara deskriptif dan statistik. Landasan teori yang digunakan yaitu teori pengungkapan diri (Self Disclosure Theory), yang dikemukakan oleh Sydney Marshall Jourad. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi interpersonal antara dosen dan mahasiswa berpengaruh terhadap motivasi belajar sebesar 24,4% dengan keofisien regresi 0,469 dan konstanta 18,644. Sedangkan untuk variabel prestasi akademik, 1,04% dipengaruhi oleh komunikasi interpersonal dosen dan sisanya dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

**Kata kunci:** komunikasi interpersonal, motivasi belajar, prestasi akademik

## PENDAHULUAN

Manusia sebagai makhluk sosial memerlukan orang lain untuk saling berinteraksi. Hal ini merupakan suatu hakekat bahwa sebagian besar pribadi manusia terbentuk dari hasil integrasi sosial dengan sesamanya. Hubungan *interpersonal* merupakan hal yang sangat penting dalam kehidupan manusia yang mempengaruhi kualitas kehidupan (Sendjaja, 1994). Hubungan *interpersonal* terbentuk dengan adanya komunikasi. Komunikasi dapat dilakukan langsung secara verbal tanpa melalui perantara media antara dua orang atau kelompok secara aktif dan interaktif yang dikenal dengan istilah komunikasi *interpersonal*.

Komunikasi *interpersonal* adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung baik secara verbal ataupun non verbal (Mulyana, 2002). Komunikasi *interpersonal* dianggap paling efektif dalam mengubah sikap, pendapat atau perilaku seseorang, karena sifatnya dialogis. Seperti yang diungkapkan William F. Glueck (dalam Widjaja, 2000), komunikasi *interpersonal* merupakan salah satu komunikasi yang dianggap sebagai komunikasi yang paling efektif karena dilakukan secara langsung antara komunikator dan komunikan, sehingga bisa mempengaruhi satu sama lain. Komunikasi *interpersonal* dapat terjadi antara anak dengan orangtuanya, antara dosen dengan mahasiswa dan sebagainya.

Komunikasi antara dosen dan mahasiswa dapat terjadi pada proses belajar mengajar, baik di dalam kelas maupun di luar kelas. Proses belajar mengajar merupakan suatu proses interaksi dosen dan mahasiswa yang didasari oleh hubungan yang bersifat mendidik dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Karena itu proses belajar mengajar diartikan sebagai proses komunikasi, yaitu proses penyampaian pesan dari

sumber pesan melalui saluran atau media tertentu ke penerima pesan. Pesan yang akan disampaikan adalah isi ajaran atau didikan yang ada dalam kurikulum (Sadiman, 2011).

Komunikasi *interpersonal* antara dosen dan mahasiswa dalam proses belajar mengajar adalah faktor yang sangat penting untuk menciptakan suasana belajar yang menyenangkan, sehingga menimbulkan motivasi belajar pada mahasiswa dan dosen menjadi nyaman dalam mengajar. Komunikasi *interpersonal* dosen memberikan penjelasan tentang apa yang harus dilakukan mahasiswa dan seberapa baik mahasiswa melakukan tugas dan tanggungjawabnya. Menciptakan komunikasi yang baik diperlukan kemampuan komunikasi seperti menulis, membaca, berbicara, mendengarkan, dan berpikir (Mulyana, 2001).

Dalam proses belajar mengajar aspek motivasi sangat penting, karena motivasi akan menentukan intensitas usaha belajar yang dilakukan mahasiswa. Motivasi dapat mendorong mahasiswa untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu yang berhubungan dengan kegiatan belajar. Motivasi juga dapat memberikan semangat mahasiswa dalam kegiatan-kegiatan belajarnya dan memberi petunjuk atas perbuatan yang dilakukannya.

Sejalan dengan pendapat Hawley (dalam Prayitno, 1989), yang menyatakan bahwa mahasiswa yang memiliki motivasi yang tinggi, belajar lebih baik dibandingkan dengan mahasiswa yang memiliki motivasi rendah. Hal ini menunjukkan bahwa mahasiswa yang memiliki motivasi belajar yang tinggi akan tekun belajar dan terus belajar secara kontinyu tanpa mengenal putus asa serta dapat mengesampingkan hal-hal yang dapat mengganggu kegiatan belajar yang dilakukan. Penunjang utama proses belajar mengajar adalah adanya motivasi belajar bagi peserta didik yang terstruktur dan terkonstruksi dengan baik. Sedangkan urgensi daripada motivasi adalah sebagai pendo-



rong, penggerak dan sebagai suatu pengarah terhadap tujuan (Hamalik, 2005).

Salah satu ciri komunikasi *interpersonal* yang efektif adalah keterbukaan (*openness*). Keterbukaan adalah kemauan menanggapi dengan senang hati informasi yang diterima di dalam menghadapi hubungan *interpersonal* (Devito, 1998). Keterbukaan merupakan pengungkapan reaksi atau tanggapan terhadap situasi yang sedang dihadapi serta memberikan informasi tentang masa lalu yang relevan untuk memberikan tanggapan di masa kini. Secara psikologis, apabila individu mau membuka diri kepada orang lain, maka orang lain yang diajak bicara akan merasa aman dalam melakukan komunikasi *interpersonal* yang akhirnya orang lain tersebut akan turut membuka diri. Karena itu landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori pengungkapan diri (*Self Disclosure Theory*) yang dikemukakan oleh Sydney Marshall Jourad.

Pengungkapan diri (*Self disclosure*) merupakan sebuah proses mengungkapkan informasi tentang diri sendiri kepada orang lain. Dalam melakukan interaksi antara individu dengan orang lain, apakah orang lain akan menerima atau menolak dan bagaimana seseorang ingin orang lain mengetahui tentang dirinya, semua itu ditentukan oleh bagaimana individu dalam mengungkapkan dirinya (Freedman, 1994). Komunikasi *interpersonal* yang efektif dan menyenangkan dapat mempermudah penyampaian pesan dalam pembelajaran, hal ini akan berdampak pada terhadap prestasi belajar (Muslim, 2011). Komunikasi yang baik antara dosen dan mahasiswa tentunya akan menghasilkan kualitas peserta didik yang lebih baik, salah satunya ditandai dengan peningkatan prestasi akademik mahasiswa. Sebaliknya komunikasi yang kurang baik antara dosen dan mahasiswa akan berdampak terhadap menurunnya prestasi akademik mahasiswa tersebut.

Prestasi akademik merupakan suatu masalah yang menjadi topik utama dalam bidang pendidikan. Prestasi akademik merupakan indikator kualitas dan kuantitas pengetahuan yang telah dikuasai oleh mahasiswa. Menurut Suryabrata (2006), prestasi akademik adalah seluruh hasil yang telah dicapai (*achievement*), yang diperoleh melalui proses belajar akademik (*academic achievement*). Maka prestasi akademik merupakan hasil dari kegiatan belajar untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa menguasai bahan pelajaran yang diajarkan dosen serta mengungkapkan keberhasilan yang dicapai oleh mahasiswa tersebut.

Nilai-nilai prestasi akademik yang tercantum dalam laporan dapat memberikan gambaran terhadap kemampuan mahasiswa yang bersifat kognitif, afektif maupun psikomotorik. Hasil mahasiswa (indeks prestasi) merupakan rumusan terakhir yang diberikan dosen mengenai kemajuan atau hasil belajar. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk meneliti apakah ada pengaruh komunikasi *interpersonal* dosen terhadap motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode analisa korelasional, yaitu analisa yang bertujuan untuk mencari keterkaitan atau hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian ini (Rahmat, 2005). Penelitian ini merupakan penelitian lapangan yang dilakukan untuk mengetahui pengaruh variabel X (komunikasi *interpersonal* dosen) terhadap variabel Y1 (motivasi belajar) dan variabel Y2 (prestasi akademik) mahasiswa Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisioner (angket) model skala *likert* dalam bentuk ceklis, kepada 83 responden.

Pernyataan dan alternatif jawaban meliputi empat pilihan, yaitu sangat sesuai (SS) skor=4, sesuai (S) skor=3, kurang sesuai (KS) skor=2 dan tidak sesuai (TS) skor=1. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe tingkat II, III, dan IV yang aktif belajar berjumlah 472 orang. Sedangkan teknik pengambilan sampel dilakukan dengan teknik sampel random sederhana (*simple random sampling*) yang memberikan peluang atau kesempatan yang sama kepada semua anggota populasi untuk terpilih sebagai sampel penelitian (Kholil, 2006). Untuk menentukan jumlah sampel pada penelitian ini dihitung dengan memakai rumus Taro Yamane (Ridwan & Kuncoro, 2008) didapatkan jumlah sampel sebanyak 83 orang.

Data dianalisis dengan dua cara, yaitu analisis deskriptif dan statistik. Analisis deskriptif digunakan untuk mencari harga rata-rata, simpangan baku, distribusi frekuensi, median, modus dan pembuatan histogram dari komunikasi *interpersonal* dosen, motivasi belajar dan prestasi akademik. Analisis statistik bertujuan agar hasil penelitian dapat dibuat simpulan pengujian. Analisis statistik meliputi uji persyaratan analisis dan teknik pengujian hipotesis. Data dianalisis dengan menggunakan korelasi *product moment* yang bersumber dari Pearson (*Pearson Corelation*), yaitu dengan cara mengkorelasi skor tiap item

dengan skor totalnya, disamping itu juga disesuaikan dengan tuntutan korelasi, yaitu teknik pengambilan sampel yang bersifat kelompok dan random sederhana dan data bersifat interval.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat diketahui deskripsi variabel komunikasi interpersonal dosen (X), variabel motivasi belajar (Y1) dan variabel prestasi akademik (Y2). Pengumpulan data variabel komunikasi *interpersonal* dosen (X) dilakukan melalui penyebaran kuesioner sebanyak 10 item pertanyaan kepada 83 responden penelitian. Untuk melihat distribusi total skor dari pertanyaan untuk variabel (X), dijelaskan dalam tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa pernyataan untuk variabel komunikasi *interpersonal* dosen menyebar antara skor terendah 24 sampai skor tertinggi 44. Perhitungan distribusi skor tersebut menghasilkan nilai rata-rata (*mean*) sebesar 32,38, nilai tengah (*median*) sebesar 32 dan nilai yang sering muncul (*modus*) adalah 30. Dari data tersebut menunjukkan rata-rata hitung, *median* dan *modus* tidak jauh berbeda. Hal ini menggambarkan bahwa distribusi frekuensi untuk variabel komunikasi *interpersonal* dosen (X), sebaran datanya cenderung berdistribusi normal.

Distribusi total skor dari pernyataan untuk motivasi belajar menyebar antara skor

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Komunikasi Interpersonal Antara Mahasiswa dan Dosen, Motivasi Belajar dan Prestasi Akademik**

Variabel	Mean	Median	Modus	Std. Deviation	Min.	Max.
Komunikasi interpersonal mahasiswa-dosen	32,38	32,00	30,00	3,68	24,00	44,00
Motivasi Belajar	33,88	34,00	34,00	3,52	27,00	50,00
Prestasi Akademik	29,59	30,0000	28,00	2,52807	24,00	37,00

terendah 27 sampai skor tertinggi 50. Perhitungan distribusi skor tersebut menghasilkan nilai rata-rata (*mean*) sebesar 33,88, nilai tengah (*median*) sebesar 34,00 dan nilai yang sering muncul (*modus*) adalah 34. Dari data tersebut menunjukkan rata-rata hitung, *median* dan *modus* tidak jauh berbeda, menggambarkan bahwa distribusi frekuensi variabel motivasi belajar (Y1), sebaran datanya cenderung berdistribusi normal.

Distribusi total skor dari pernyataan untuk prestasi akademik mahasiswa menyebar antara skor terendah 24 sampai skor tertinggi 37. Perhitungan distribusi skor tersebut menghasilkan nilai rata-rata (*mean*) sebesar 29,59, sedangkan nilai tengah (*median*) sebesar 30,00 dan nilai yang sering muncul (*modus*) adalah 28. Dari data tersebut menunjukkan rata-rata hitung, *median* dan *modus* tidak jauh berbeda. Hal ini menggambarkan bahwa distribusi frekuensi variabel motivasi belajar (Y1), sebaran datanya cenderung berdistribusi normal.

Pengujian hipotesis penelitian ini menggunakan teknik regresi berganda (*multiple regression*), dengan hasil seperti yang ditunjukkan pada tabel 2. Tabel 2 untuk regresi pengaruh komunikasi interpersonal dosen terhadap motivasi belajar menunjukkan bahwa koefisiensi determinasi (*R Square*) adalah 0,244. Hal ini berarti 24,4% motivasi belajar mahasiswa dipengaruhi oleh komunikasi *interpersonal* dosen, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor-

faktor lain di luar variabel yang diteliti. Sedangkan *Std. Error of the Estimate* adalah 3,06 (*Dependent Variable* adalah Motivasi Belajar) dengan standar deviasi 3,52 (tabel 1). Oleh karena *Error of the Estimate* motivasi belajar lebih kecil dari standar deviasinya, maka model regresi ini dapat dipakai untuk memprediksi motivasi belajar.

Tabel 2 untuk regresi pengaruh komunikasi *interpersonal* dosen terhadap prestasi akademik mahasiswa menunjukkan bahwa koefisiensi determinasi (*R Square*) adalah 0,104. Hal ini berarti 1,04% prestasi akademik mahasiswa dipengaruhi oleh komunikasi *interpersonal* dosen, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor-faktor lain diluar variabel yang diteliti. Sedangkan *Std. Error of the Estimate* adalah 2,41 (*Dependent Variable* adalah Prestasi Akademik) dengan standar deviasi 2,53 (tabel 1). Oleh karena *Error of the Estimate* prestasi akademik lebih kecil dari standar deviasinya, maka model regresi ini dapat dipakai untuk memprediksi prestasi belajar.

Hasil pengujian hipotesis ini bila dikonversikan dengan pengujian korelasi, menunjukkan adanya hubungan diantara variabel-variabel. Hal ini terlihat pada tabel 3. Tabel 3 menunjukkan hasil uji korelasi variabel komunikasi *interpersonal* dengan motivasi belajar diperoleh *r* hitung sebesar 0,494, sedangkan besarnya *r* tabel pada taraf signifikansi 5% yaitu sebesar 0,183.

**Tabel 2. Regresi Komunikasi *Interpersonal* Dosen dengan Motivasi Belajar dan Prestasi Akademik**

Variabel	<i>R</i>	<i>R Square</i>	<i>Adjusted R Square</i>	<i>Std. Error of Estimate</i>
Komunikasi interpersonal dosen-mahasiswa dengan motivasi belajar	0,494	0,244	0,235	3,06
Komunikasi interpersonal dosen-mahasiswa dengan prestasi akademik	0,323	0,104	0,093	2,41

Tabel 3. Hasil Uji Korelasi

Variabel	<i>R</i> hitung (Pearson Correlation)	<i>R</i> tabel
Komunikasi interpersonal dosen-mahasiswa dengan motivasi belajar	0,494	0,183
Komunikasi interpersonal dosen-mahasiswa dengan prestasi akademik	0,323	

Sedangkan uji korelasi variabel komunikasi *interpersonal* terhadap prestasi akademik mahasiswa diperoleh *r* hitung sebesar 0,323. Oleh karena *r* hitung lebih besar dari *r* tabel, yaitu  $0,494 > 0,183$  dan  $0,323 > 0,183$ , maka dapat dinyatakan bahwa diantara variabel-variabel tersebut berhubungan secara signifikan (ada korelasi). Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, ada pengaruh yang positif antara komunikasi *interpersonal* dosen terhadap motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa.

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh komunikasi *interpersonal* dosen terhadap motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa sebagaimana penjelasan teori pengungkapan diri ((*Self Disclosure Theory*)) yang dikemukakan oleh Sydney Marshall Jourad. Pengungkapan diri (*Self disclosure*) merupakan sebuah proses mengungkapkan informasi tentang diri sendiri kepada orang lain. Dalam melakukan interaksi antara individu dengan orang lain, apakah orang lain akan menerima atau menolak dan bagaimana seseorang ingin orang lain mengetahui tentang dirinya, semua itu ditentukan oleh bagaimana individu dalam mengungkapkan dirinya. Keterbukaan merupakan salah satu ciri komunikasi *interpersonal* yang efektif.

Komunikasi berlangsung untuk mencapai kesepahaman. Persamaan kesepahaman disebabkan adanya ikatan persahabatan, percintaan, dan hubungan dalam keluarga. Terpenting dalam komunikasi *interpersonal* adalah bagaimana sepatutnya berkomunikasi

dengan baik supaya proses pembentukan hubungan dalam mencapai tujuan dapat berjalan dengan baik dan memenuhi keperluan semua pihak. Komunikasi *interpersonal* melibatkan paling sedikit dua orang yang mempunyai sifat, nilai-nilai, pendapat, sikap, pikiran dan perilaku yang khas dan berbeda-beda. Komunikasi *interpersonal* menuntut adanya tindakan saling memberi dan menerima diantara pelaku yang terlibat dalam komunikasi (Achroza, 2013).

Komunikasi adalah kunci keberhasilan berintegrasi dalam proses belajar mengajar. Apabila komunikasi *interpersonal* berjalan dengan efektif, maka arus informasi dalam proses pembelajaran akan berjalan dengan lancar sehingga mahasiswa termotivasi untuk mengikuti proses belajar mengajar. Untuk dapat meningkatkan motivasi belajar mahasiswa, maka dosen harus memelihara komunikasi *interpersonal* yang efektif. Dosen harus bersikap terbuka, empati dan memberikan dukungan kepada mahasiswa, sehingga mahasiswa memiliki motivasi yang tinggi dalam belajar (Wahyudi, 2011).

Dalam proses belajar mengajar, komunikasi *interpersonal* dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan peserta didik. Pada hakikatnya proses belajar mengajar adalah proses komunikasi, yaitu proses penyampaian pesan dari sumber pesan yaitu pendidik melalui saluran tertentu ke penerima pesan yaitu anak didik. Peranan pendidik senantiasa menggambarkan pola tingkah laku yang diharapkan dalam berbagai interaksi dengan anak didik (Pontoh, 2013). Komu-

nikasi disebut efektif, bila komunikan menginterpretasikan pesan yang diterima mempunyai makna yang sama dengan maksud pesan yang disampaikan oleh komunikator.

Komunikasi *interpersonal* yang efektif dapat menunjukkan ada pemahaman yang sama atas pesan yang disampaikan pada saat komunikasi berlangsung antara komunikator dan komunikan. Perlu diketahui bahwa untuk melihat efektif tidaknya komunikasi interpersonal yang berlangsung, dapat dilihat dari umpan balik antara pemberi dan penerima pesan. Umpan balik dapat berupa pernyataan, sikap dan tindakan.

Hubungan dosen dan mahasiswa dalam proses belajar mengajar merupakan faktor yang sangat penting dalam menciptakan suasana belajar yang menyenangkan, sehingga mahasiswa termotivasi. Motivasi belajar mahasiswa akan terlihat pada perilakunya antara lain dijabarkan bagaimana keaktifannya dalam belajar untuk mencapai prestasi, dalam menyelesaikan tugas, pemanfaatan waktu serta bagaimana bersikap untuk mengatasi hambatan belajar. Pesan-pesan pengajaran yang disampaikan oleh dosen hendaknya diterima dengan baik oleh mahasiswa. Mahasiswa akan mempunyai motivasi untuk mengikuti materi kuliah dengan baik, apabila dosen melakukan komunikasi *interpersonal* yang efektif sehingga dosen dapat menyampaikan materi kuliah dengan menyenangkan, jelas dan terarah serta mahasiswa dapat menerima pesan-pesan tersebut dengan baik pula.

Dalam rangka mengupayakan agar motivasi belajar mahasiswa tinggi, seorang dosen hendaknya selalu mengoptimalkan penerapan prinsip belajar. Dosen pada prinsipnya harus memandang bahwa dengan kehadiran mahasiswa di ruang kuliah merupakan suatu motivasi belajar yang datangnya dari mahasiswa. Sehingga dengan adanya prinsip seperti itu, dosen akan menganggap mahasiswa sebagai seorang yang

harus dihormati dan dihargai. Dengan perlakuan seperti ini, mahasiswa tentunya akan memberi makna terhadap pelajaran yang sedang dihadapainya.

Penggunaan azas motivasi merupakan sesuatu yang sangat esensial dalam proses belajar dan pembelajaran. Motivasi menjadi salah satu faktor yang turut menentukan pembelajaran yang efektif. Karena peserta didik yang bermotivasi tinggi dalam belajar memungkinkan akan memperoleh hasil belajar yang tinggi pula. Artinya semakin tinggi motivasinya, semakin intensitas usaha dan upaya yang dilakukan, maka semakin tinggi prestasi belajar yang diperolehnya (Hamdu & Agustina, 2011).

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan belajar akan menentukan tinggi rendahnya prestasi akademik mahasiswa. Faktor yang mempengaruhi prestasi akademik mahasiswa adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi aspek fisiologi (yang bersifat jasmaniah) dan aspek psikologi (yang bersifat rohaniyah), seperti kemampuan intelektual, minat, bakat, sikap, kondisi fisik dan mental, kemandirian, harga diri akademik dan motivasi belajar. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari lingkungan dan pertemanan, seperti lingkungan kampus, keluarga dan masyarakat.

Dalam proses belajar mengajar di perguruan tinggi, hubungan antara dosen dengan mahasiswa dalam berkomunikasi sangat perlu. Apabila hubungan antara dosen dengan mahasiswa tidak harmonis, dapat menciptakan komunikasi yang tidak baik. Komunikasi *interpersonal* antara dosen dan mahasiswa dapat terlatih dengan seringnya mahasiswa mengikuti perkuliahan. Mahasiswa yang sering mengikuti perkuliahan akan mempunyai banyak pengetahuan dan membuat dirinya lebih banyak mengetahui sifat dan karakteristik dosen dan dengan pengalamannya itu mahasiswa menjadi lebih baik dalam menjalankan tugasnya.

Semakin tinggi komunikasi interpersonal antara mahasiswa dan dosen semakin tinggi prestasi belajar mahasiswa. Semakin rendah komunikasi *interpersonal* antara mahasiswa dan dosen semakin rendah prestasi belajar mahasiswa. Dosen dapat mengembalikan kondisi belajar yang optimal dengan cara berdialog dengan mahasiswa diluar kelas. Karena komunikasi turut menentukan untuk membuat mahasiswa mendapatkan pengetahuan dan pengetahuan pada mahasiswa dapat dicerminkan oleh prestasi akademik dengan nilai indeks prestasi yang didapat.

Motivasi belajar akan mempengaruhi tingkat prestasi akademik mahasiswa karena dengan adanya motivasi belajar maka intensitas belajar mahasiswa akan semakin meningkat dan secara otomatis akan mempengaruhi tingkat prestasi akademik mahasiswa. Faktor yang tidak kalah penting dalam menentukan prestasi akademik mahasiswa adalah keterampilan dosen dalam mengajar dan semangat dosen dalam mengajar. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi *interpersonal* dosen yang efektif menyebabkan dosen dan mahasiswa merasa senang, sehingga mendorong tumbuhnya sikap saling terbuka dan kesenangan. Komunikasi *interpersonal* yang berjalan tidak efektif, akan menyebabkan pelaku komunikasi mengembangkan sikap ketidaksenangan dan menutup diri. Sikap menutup diri dapat memicu individu untuk menarik diri dari lingkungan pergaulan (*withdrawl*) dan menyebabkan ketegangan pada individu.

Komunikasi dapat berlangsung secara dialogis. Salah satu keuntungan komunikasi dialogis adalah adanya kesempatan bagi mahasiswa untuk bersikap responsif dalam mengetengahkan pendapat atau pertanyaan pada dosen tersebut. Adanya kesempatan dalam memberi umpan balik secara langsung dalam komunikasi dialogis dapat mengurangi adanya kesalahan dalam interpretasi pesan.

Apabila terjadi kesalahan dalam interpretasi pesan dapat segera diketahui atau dibenahi saat itu juga, sehingga tercipta kondisi kesamaan dalam interpretasi antara mahasiswa dan dosen.

Kondisi adanya kesamaan dalam interpretasi antara mahasiswa dan dosen menunjukkan adanya komunikasi yang efektif. Hubungan *interpersonal* antara dosen dan mahasiswa merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi prestasi akademik mahasiswa. Disamping faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi belajar mahasiswa juga menentukan tinggi rendahnya prestasi akademik mahasiswa.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Hasil pengujian hipotesis dan koefisiensi korelasi antara komunikasi *interpersonal* dosen terhadap motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe menunjukkan bahwa komunikasi *interpersonal* dosen turut andil dalam meningkatkan motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa selain faktor-faktor lainnya. Hasil uji korelasi variabel komunikasi *interpersonal* dengan motivasi belajar diperoleh  $r$  hitung sebesar 0,494. Uji korelasi variabel komunikasi *interpersonal* terhadap prestasi akademik mahasiswa diperoleh  $r$  hitung sebesar 0,323. Oleh karena  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel, yaitu  $0,494 > 0,183$  dan  $0,323 > 0,183$ , dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh positif antara komunikasi *interpersonal* dosen terhadap motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa.

### Saran

Dalam rangka meningkatkan motivasi belajar dan prestasi akademik mahasiswa Ilmu keperawatan di STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe, para dosen perlu meningkatkan kemampuan berkomunikasi

*interpersonal* yang efektif dengan mahasiswa, sehingga dosen dapat menyampaikan materi kuliah dengan menyenangkan, jelas dan terarah serta mahasiswa dapat menerima pesan-pesan tersebut dengan baik pula. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan rujukan dan pembandingan terutama berkenaan dengan komunikasi *interpersonal*.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Achroza, Faella Hanik. 2013. *Hubungan Antara Komunikasi Interpersonal Dosen Pembimbing Mahasiswa dan Problem Focused Coping dengan Stres*. Skripsi tidak diterbitkan. Kudus: FKIP Universitas Muria Kudus.
- Devito, Joseph A. 1998. *The Inperpersonal Communication Book*. 5th ed. Harper&Row Publisher: New York.
- Freedman, J.I., Sears, D.O. 1994. *Psikologi Sosial*. Alih bahasa Michael Adyanti. Erlangga: Jakarta.
- Hamalik, Oemar. 2005. *Kurikulum dan Pembelajaran*. BumiAksara: Jakarta.
- Hamdu, Ghullam, Agustina, Lisa. 2011. Pengaruh Motivasi Belajar Siswa Terhadap prestasi Belajar IPA Di Sekolah dasar. *Jurnal Penelitian Pendidikan*, 12 (1).
- Kholil, Syukur. 2006. *Metode Penelitian Komunikasi*. Citapustaka Media: Bandung.
- Mulyana, Dedi. 2002. *Ilmu Komunikasi, Suatu Pengantar*. PT. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Mulyana, Dedi. 2001. *Metodologi Penelitian Kualitas Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya*. PT. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Muslim. 2011. *Pengaruh Komunikasi Kelompok dan Motivasi Belajar Terhadap Prestasi Belajar Mahasiswa Ma'had Aly As-Sunnah di Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang*. Tesis tidak diterbitkan. Medan: IAIN Medan.
- Prayitno, Elida. 1989. *Motivasi dalam Belajar*. PPLPTK Depdikbud: Jakarta.
- Pontoh, Widya P. 2013. Peranan Komunikasi Interpersonal Guru Dalam Meningkatkan Pengetahuan Anak. *Jurnal Acta Diurna*, 1 (1).
- Rahmat, Jalaluddin. 2005. *Metode Penelitian Komunikasi: Dilengkapi dengan Contoh Analistis Statistik*. PT. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Ridwan., Kuncoro, Engkos Achmad. 2008. *Cara Menggunakan dan Memahami Analisis Jalur (Path Analysis)*. Alfabeta: Bandung.
- Sadiman, AM. 2001. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Rajawali Press: Jakarta.
- Sendjaja, S. Djuarsa. 1994. *Teori Komunikasi*. Universitas Terbuka: Jakarta.
- Suryabrata, S. 2002. *Psikologi Pendidikan*. PT. Raja Grafindo Persada: Yogyakarta.
- Wahyudi. 2013. *Efektifitas Komunikasi Interpersonal Dosen Pembimbing Akademik dalam Peningkatan Motivasi Belajar Mahasiswa*. Tesis tidak diterbitkan. Bengkulu: Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Bengkulu.
- Widjaja, H. A. W. 2000. *Ilmu Komunikasi: Pengantar Studi*. Rineka Cipta: Jakarta.

## **GAMBARAN PERUBAHAN HIDUP KLIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI HEMODIALISA**

**Arnika Dwi Asti, Achir Yani S. Hamid, Yossie Susanti Eka Putri**

STIKES Muhammadiyah Gombong

E-mail: [arnikadwiasti@gmail.com](mailto:arnikadwiasti@gmail.com)

**Abstract:** The purpose of this study was to obtain an overview of the changes living experience of clients with chronic renal failure, which undergoing hemodialysis. Design research using qualitative approach descriptive phenomenology. Samples are nine participants were taken using purposive sampling. Methods of data collection using in-depth interview. Data were analyzed using methods Collaizzi. The results of this research illustrated four main themes (psychological change, physical change, activity change and spiritual change). These changes happened from the first time they were diagnosed as chronic kidney diseases and during hemodialysis treatment.

**Keywords:** changing living experience of clients, chronic kidney disease, hemodialysis

**Abstrak:** Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran mengenai perubahan hidup yang dialami klien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa. Disain penelitian menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi deskriptif. Sampel penelitian sebanyak sembilan partisipan diambil menggunakan purposive sampling. Metode pengumpulan data menggunakan indepth interview. Analisa data menggunakan metode Collaizzi. Hasil penelitian mendapatkan empat tema utama bahwa klien yang menjalani hemodialisa mengalami perubahan psikologis, perubahan fisik, perubahan aktivitas dan perubahan spiritual. Perubahan-perubahan ini terjadi sejak awal klien menjalani hemodialisa dan terus terjadi sepanjang proses hemodialisa yang dilakukan.

**Kata kunci:** gambaran perubahan kehidupan klien, gagal ginjal kronis, hemodialisis



## PENDAHULUAN

Gagal Ginjal Kronis (GGK) telah menjadi masalah kesehatan utama di dunia dengan prevalensi yang terus meningkat (Himmelfarb & Sayegh, 2010). Peningkatan ini terjadi seiring dengan peningkatan angka kejadian penyakit penyebab utama GGK seperti glomerulonefritis, diabetes mellitus dan hipertensi (Zhang & Rothenbacher, 2008). Di Amerika GGK menjadi penyebab kematian ke-9. Diperkirakan lebih dari 20 juta orang dengan usia diatas 20 tahun menderita GGK dan akan terus bertambah sekitar 40% di tahun 2010 (*USRDS; NHANES; Center for Disease Control And Prevention*, dalam World Kidney Day, 2013).

GGK juga menjadi masalah utama di negara-negara berkembang seperti Asia Tenggara. Tidak ada angka yang pasti tapi diperkirakan jelas lebih banyak dari angka kejadian di negara-negara barat (Jha, 2009). Di Indonesia prevalensi GGK meningkat 29,1% dari keseluruhan populasi resiko (hipertensi, diabetes mellitus dan proteinuria). Laju pertambahan prevalensi GGK mencapai 23,4/juta penduduk sedangkan laju angka insidensi GGK mencapai 30,7/juta penduduk.

Pada tahun 2006 sebanyak 100.000 pasien GGK melakukan hemodialisa (Suhardjono, 2008). Program registrasi nasional untuk pasien GGK (*Indonesian Renal Registry*) baru saja dikembangkan, sehingga Indonesia tidak memiliki data yang pasti mengenai jumlah penderita GGK dan yang mendapat layanan hemodialisa. Angka yang disajikan kemungkinan besar jauh di bawah angka kejadian yang sebenarnya (Prodjosudjadi & Suhardjono, 2009).

Penanganan GGK dilakukan melalui transplantasi ginjal atau hemodialisa, tergantung kondisi kerusakan ginjal yang terjadi. Hemodialisa menjadi pilihan utama klien GGK untuk mempertahankan hidup. Klien GGK yang menjalani terapi hemodialisa

memiliki harapan hidup lebih lama (Afiatin, 2008). Di Indonesia tidak semua klien GGK mendapat layanan hemodialisa. Masalah keuangan, kurangnya fasilitas hemodialisa di rumah sakit dan kurangnya tenaga kesehatan yang terampil menjadi alasan utama (Suhardjono, 2008).

Klien GGK dengan hemodialisa menjalani perawatan yang kompleks termasuk perubahan gaya hidup yang luas dan drastis. Perubahan ini berdampak pada fungsi sosial dan psikologis pasien (Tsay & Healstead, 2002 dalam Rahimi, Fazlollah & Gholyaf, 2008). Penelitian yang dilakukan Kaltsouda *et al.*, (2011) menunjukkan bahwa klien yang terdiagnosa GGK lebih dari tiga tahun yang lalu dan menjalani hemodialisa memiliki keluhan fisik seperti penurunan fungsi tubuh, rasa sakit dan penurunan status kesehatan secara umum, keluhan psikologis dan gangguan fungsi sosial. Menurut Suhud (2001), umumnya pada permulaan penderita akan mengalami stres fisik, pengaruh kejiwaan dan stres psikologis. Penderita mengalami suatu *dependence-independence conflict*.

Penelitian terhadap sejumlah pasien yang menderita penyakit terminal dan sedang menjalani pengobatan ini menunjukkan bahwa kebanyakan dari pasien mengalami keceemasan, perasaan putus asa, putus harapan dan depresi yang cukup berat. Hal ini terjadi karena mereka sudah tidak mampu lagi mempertahankan kewajibannya sebagai pegawai, karyawan, suami atau kepala keluarga (Santoso, 2005). Menurut Andi (2012), kenyataan bahwa pasien gagal ginjal kronis tidak bisa lepas dari hemodialisa sepanjang hidupnya menimbulkan dampak psikologis yang tidak sedikit. Kondisi ini menyebabkan terjadinya kehilangan sesuatu yang sebelumnya ada seperti kebebasan, pekerjaan dan kemandirian. Hal ini bisa menimbulkan gejala-gejala depresi yang nyata pada pasien gagal ginjal sampai dengan tindakan bunuh diri.

Klien dengan GGK tahap akhir mengalami penderitaan, emosi negatif, kecemasan dan gangguan *mood* (Lichodziejewska-Niemierko *et al.*, 2002; Watnick *et al.*, 2003 dalam Jadouille, Hoyois, Jadoul, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Jadouille *et al.*, (2005) kepada 54 pasien GGK yang menjalani hemodialisa menunjukkan hasil terdapat 31,5%- 40,8% pasien mengalami depresi dan 18,5%-24,1% mengalami kecemasan. Gejala depresi yang terjadi pada klien hemodialisa memburuk dari waktu ke waktu (Bossola *et al.*, 2012). Ketergantungan klien dalam menjalani proses hemodialisa menimbulkan dampak sosial ekonomi dan menjadi beban tersendiri bagi keluarga.

Penelitian Suja, Anju, Neethu, Pee-yush, Saraswathy (2012) di sebuah rumah sakit di India menyatakan, untuk menjalani hemodialisa klien membutuhkan biaya untuk proses dialisis itu sendiri, pemeriksaan, *erythropoietin*, makanan, transportasi, dan lain-lain. Di rumah sakit tersebut hanya mereka yang memiliki penghasilan ekonomi menengah ke atas yang mampu melakukan hemodialisa secara teratur. Klien GGK harus menjalani masa perawatan yang panjang dengan mesin hemodialisa dan menanggung beban ekonomi sehingga klien perlu memiliki strategi koping dalam mengatasi stres, kecemasan dan depresi yang dialaminya (Tsay & Healstead, 2002 dalam Rahimi *et al.*, 2008). Depresi yang dialami klien GGK yang menjalani hemodialisa berdampak negatif dan merusak kualitas hidup klien (Bossola *et al.*, 2012).

Penelitian Sathvik, Parthasarathi, Narahari, Gurudev (2008) menyatakan kualitas hidup klien yang mengalami GGK dengan hemodialisa di atas tiga bulan sangat menurun dilihat dari aspek fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Mekanisme koping yang dilakukan dianggap sebagai faktor kunci kesehatan berhubungan dengan

kualitas hidup seseorang (*Health Related Quality of Life*). Kaltsouda *et al.*, (2011) menyatakan mereka yang melakukan mekanisme koping seperti represi dan *denial* berdampak buruk pada kondisi mental emosional, sementara yang menggunakan mekanisme koping sadar seperti rasionalitas dan anti emosi berdampak baik bagi kesehatan fisik. Di sinilah pentingnya mengkaji secara mendalam perubahan yang terjadi sebagai dampak hemodialisa pada klien GGK agar dapat diberikan asuhan keperawatan yang holistik dan komprehensif sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup klien hemodialisa.

Di wilayah Kabupaten Kebumen terdapat 54 klien GGK yang menjalani hemodialisa secara rutin, sebagian besar di RSU PKU Muhammadiyah Gombong sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan hemodialisa pertama, terbesar dan terlengkap. Hanya sedikit klien yang menjalani hemodialisa di RSUD Kebumen dan RS Palang Biru, karena di kedua rumah sakit ini unit hemodialisa baru berdiri dan memiliki fasilitas yang terbatas. RSU PKU Muhammadiyah Gombong memiliki Poli Konsultasi Ginjal dan Hipertensi dengan layanan konsultasi ahli setiap dua minggu sekali. Jumlah pasien yang menjalani hemodialisa secara rutin di bulan Februari 2013 tercatat 54 orang. Rata-rata pasien menjalani hemodialisa dua kali seminggu.

Beberapa penelitian pernah dilakukan di unit hemodialisa RS PKU Muhammadiyah Gombong seperti penelitian tentang gambaran diri klien hemodialisa, kepatuhan diit klien hemodialisa dan beberapa penelitian lain. Akan tetapi selama ini semua penelitian yang dilakukan menggunakan metode pendekatan kuantitatif. Belum ada penelitian yang menggunakan metode kualitatif. Oleh karena itulah peneliti tertarik untuk menggali data secara lebih dalam melalui metode pendekatan kualitatif. Jack

(2006) menyatakan hasil penelitian kualitatif menjadi sumber yang terjamin kualitasnya sebagai referensi *evidence based* pada penelitian yang berbasis praktek kesehatan (*public health practice*).

## METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif fenomenologi deskriptif. Populasi penelitian ini adalah semua klien GGK yang menjalani hemodialisa di RSUD PKU Muhammadiyah Gombong. Sampel penelitian (selanjutnya disebut partisipan) diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling* dan ditetapkan berdasarkan prinsip saturasi data. Dalam penelitian ini saturasi data dicapai pada partisipan ke-9 yang terdiri dari 2 laki-laki dan 7 perempuan.

Partisipan yang dipilih berdasarkan kriteria klien GGK yang menjalani hemodialisa, usia dewasa tengah (30-60 tahun), telah menikah, mampu berkomunikasi dengan bahasa Indonesia/bahasa Jawa dengan baik, dan bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*. Penelitian dilakukan pada tanggal 1 Mei-8 Juni 2013 di unit hemodialisa RSUD Muhammadiyah Gombong. Peneliti mengambil data dari rekam medis sesuai kriteria partisipan, kemudian melakukan *informed consent* dan menanyakan kesediaan klien untuk menjadi partisipan. Selanjutnya proses wawancara dilakukan di rumah masing-masing partisipan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*).

Interpretasi hasil penelitian dilakukan melalui empat tahap yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Polit dan Beck, 2004). Teknik analisis data menggunakan langkah-langkah analisa data berdasarkan Colaizzi (1978, dalam Burns & Grove, 2009; Wood & Haber, 2010 ). Untuk menjamin keabsahan data peneliti menggunakan empat prinsip yaitu *credibility*

(*internal validity*), *transferability* (*external validity*), *dependability* (*reliability*) dan *confirmability* (*objectivity*) (Tuckett, 2005; Wood & Haber, 2010).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian menghasilkan empat tema terkait perubahan hidup yang dialami klien hemodialisa yaitu perubahan psikologis, perubahan fisik, perubahan aktivitas dan perubahan spiritual.

### Tema 1. Mengalami Perubahan Psikologis

Dalam tema ini terdapat empat kategori yaitu terdapatnya rasa takut terhadap terapi, cemas terkait ketidakpastian sakit, cemas terkait peran dan tanggungjawab serta penolakan dan marah. Saat klien dinyatakan mengalami gagal ginjal kronis dan harus menjalani hemodialisa, mereka menyatakan rasa takutnya (4 orang), menyatakan tidak mampu membayangkan proses hemodialisa yang akan dijalannya (3 orang), takut terhadap banyaknya biaya yang mungkin akan dikeluarkan (2 orang), dan menyatakan mengalami stres (5 orang). Beberapa ungkapan yang mereka katakan seperti:

*“Saya takut cuci darah, saya belum bisa membayangkan padahal saya punya adik ipar di Jakarta juga cuci darah ... “ (P1)*

*“Saya disuruh cuci darah. Saya memang sempat stres bu awalnya... mau menolak. Kalau saya mau lanjutin saya takut biayanya ... “ (P5)*

*“Ya macem-macem lah ... Waktu itu anak saya yang laki-laki baru skripsi ... Ya saya stress ... ini belum selesai skripsi saya sakit ... Ya stres...(menangis)” (P7)*

Partisipan juga menyatakan adanya rasa cemas terkait dengan ketidakpastian akan sakit yang dialami. Sebanyak 4

partisipan menyatakan cemas karena tidak tahu kapan akan sembuh, sementara 2 partisipan menyatakan ketergantungannya terhadap hemodialisa. Partisipan juga mengalami kecemasan terkait peran dan tanggungjawabnya. Mereka menyatakan kesediannya karena melihat anaknya yang masih kecil (4 orang) dan menyatakan rasa kasihan terhadap pasangan (3 orang) karena harus melakukan peran dan tanggungjawab yang tidak bisa mereka jalani lagi karena sakitnya. Mereka mengungkapkan:

*“Saya tanya sama dokter sampai kapan saya harus cuci darah? Dokter bilang nggak tahu...ya sampai sembuh. Saya kan jadi bingung ...” (P4)*

*“Seminggu harus HD 2x... saya jadi ketergantungan ...” (P6)*

*“Saya mikirnya seakan-akan sampai apa nggak ... akan sampai hari esok apa nggak (menangis)... Kayak mau putus asa aja rasanya kemarin2....sempet ada rasa putus asa.. kalau ngeliat anak masih kecil-kecil...” (P2)*

*“Hubungan suami istri itu udah nggak ada rangsangan. Rasa kepengin itu sudah nggak ada. Kasihan sama Bapak, ya kadang minta maaf, saya nggak bisa seperti dulu lagi (menangis). Saya bilang kalau bapak mau nikah lagi nggak papa ...” (P8)*

Hasil penelitian ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menyatakan bahwa kecemasan dan depresi adalah hal yang umum terjadi pada klien GKG yang menjalani hemodialisa. Kecemasan dan depresi pada klien hemodialisa selain karena penyakit itu sendiri, juga disebabkan karena terjadi perubahan pekerjaan, aktivitas, hubungan pernikahan dan keluarga. Efek dari penyakit,

pembatasan diet yang harus dijalani, beban ekonomi, rasa ketergantungan terhadap terapi dan kesadaran akan datangnya kematian membuat mereka membutuhkan strategi coping yang lebih dari biasanya (Kohli, Batra, Aggarwal, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Jodulle *et al.*, (2005) kepada 54 pasien GKG yang menjalani hemodialisa dengan menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* menunjukkan hasil terdapat 31,5%-40,8% pasien mengalami depresi dan 18,5%-24,1% mengalami kecemasan. Penelitian ini juga membuktikan adanya keterkaitan antara penggunaan mekanisme coping represi dan *denial* dengan kesulitan mengidentifikasi emosi, kesulitan untuk mengekspresikan perasaan, dan intensitas keluhan fisik yang lebih banyak. Sementara penelitian Bossola *et al.*, (2012) menyatakan bahwa gejala depresi yang terjadi pada klien hemodialisa memburuk dari waktu ke waktu tetapi tidak diketahui apa penyebabnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Al Arabi (2006) pada 80 orang pasien hemodialisa menyatakan bahwa partisipan mengalami banyak pengalaman kehilangan akibat GKG dan hemodialisa yang dijalani selama bertahun-tahun. Pada penelitian ini partisipan menyatakan merasa terikat dengan mesin dan jadwal hemodialisa serta kelemahan tubuh. Terdapat kehilangan hubungan dengan orang lain, kemampuan mengambil keputusan, dan rasa berharga. Mereka harus membatasi makanan dan minuman, tidak dapat ke kamar mandi dan melakukan perjalanan jauh.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian meta analisis yang dilakukan Bayhakki dan Hattakit (2012) terhadap 10 jurnal penelitian kualitatif yang menyatakan bahwa pasien dengan hemodialisa mengalami perubahan fisik, psikologis dan hubungan sosial.

Terdapat 224 partisipan dari keseluruhan penelitian dan mendapatkan hasil bahwa pasien hemodialisa mengalami keterbatasan fisik, mengalami *distress* emosional dan ketergantungan terhadap mesin. Ketergantungan terhadap mesin hemodialisa dirasakan karena harus melakukan terapi 2-3 kali seminggu yang membuat mereka tidak dapat pergi jauh karena harus selalu kembali ke rumah sakit untuk terapi. Hal ini menjadikan mereka merasa seperti “diikat” oleh mesin hemodialisa.

Klien hemodialisa juga mengalami disfungsi seksual seperti kehilangan gairah seksual (84,7% pada pria dan 48,8% pada wanita), disfungsi ereksi (67,8%) dan ketidakmampuan ejakulasi (51,5%) pada pria, sementara pada wanita mengalami kurang gairah (67,8%) dan anorgasme (80,7%). Klien dengan hemodialisa mempersepsikan bahwa aktivitas seksual merupakan hal yang penting dan mereka tidak puas dengan kehidupan seksual yang mereka jalani (Starowicz & Gellert, 2009). Klien GKG dengan hemodialisa mengalami sebuah kondisi ketidakpastian dalam hidupnya. Ketidakpastian diartikan sebagai ketidakmampuan menemukan makna terkait dengan sakit yang dialami, terjadi ketika individu tidak dapat membuat keputusan karena tidak dapat memprediksi apa yang akan terjadi (Mishel, 1988 dalam Smith & Liehr, 2008).

Ketidakpastian merupakan dampak yang selalu terjadi pada klien dengan sakit kronis. Menghadapi ketidakpastian merupakan fase terberat bagi individu sepanjang rentang sakit yang dialami. Ketidakpastian yang ada terjadi karena GKG merupakan penyakit kerusakan ginjal yang bersifat *irreversible*. Perawatan dan terapi hemodialisa yang diberikan dapat memperpanjang usia, mencegah kematian tetapi tidak dapat mengembalikan fungsi ginjal sebagaimana mestinya (Smeltzer & Bare,

2010). Fungsi ginjal tidak akan dapat kembali normal dan selamanya akan bergantung pada mesin hemodialisa. Klien harus menghadapi kondisi-kondisi yang tidak dapat diprediksi seperti komplikasi, efek samping hemodialisa hingga ancaman kematian.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa partisipan juga mengalami rasa marah dan penolakan terhadap terapi. Sebanyak 4 partisipan menyatakan belum bisa menerima kondisi sakitnya, menolak dilakukan hemodialisa (3 orang), dan masih terus bertanya mengenai sakitnya (3 orang). Hal tersebut diungkapkan oleh mereka:

*“Iya, 2 bulan awal itu saya protes ...kenapa saya dikasih penyakit yang serius... apa dosa saya banyak... Jarak 2 bulan itu kemudian saya bisa menerima bu ...” (P8)*

*“Ya ... bingung, nggak ngerti mbak. Pikirannya apa itu cuci darah?... Tadinya saya nggak mau tapi kata dokternya itu satu-satunya jalan...” (P6)*

*“Saya sering bilang sama suami, pak sakit kok seperti ini ya....Saya masih merasa seperti itu sampai sekarang...” (P9)*

Kehilangan-kehilangan yang dialami individu saat sakit menyebabkan mereka mengalami penderitaan (*suffering*). Secara umum individu mengalami tahap pengingkaran (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi dan akhirnya menerima (*acceptance*). Respon berduka yang dimanifestasikan pada penolakan atau pengingkaran oleh partisipan merupakan tahap pertama dari lima tahap proses berduka. *Denial* (mengingkari) yang ditunjukkan dengan perilaku menolak, rasa ketidakpercayaan bahwa dirinya sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah-masalah yang akan terjadi. Ini merupakan reaksi pertama yang muncul

pada kondisi kehilangan. Reaksi ini berlangsung segera sampai 24 jam setelah terjadinya kehilangan. Reaksi ini dapat memanjang tergantung pada individu yang mengalami kehilangan itu sendiri (Kubler Ross, 1968 dalam Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004).

Selanjutnya partisipan masuk pada respon marah. *Anger* (marah) adalah respon kedua dalam tahapan proses berduka dimana reaksi marah yang muncul biasanya ditujukan pada tenaga kesehatan dan Tuhan. Reaksi marah muncul jika terdapat perasaan atau pemikiran bahwa semua upaya yang dilakukan sia-sia. Mereka bertanya kepada Tuhan mengapa mereka diberikan sakit dan belum kunjung sembuh. Respon ini biasanya dimulai sejak dua hari setelah kejadian dan akan berhenti atau memanjang tergantung pada proses adaptasi individu.

Rentang waktu yang dibutuhkan partisipan untuk melalui tiap fase bergantung pada mekanisme koping yang digunakan (Kubler-Ross, 1969 dalam Kozier, Erb & Snyder, 2004). Respon berduka ini terjadi secara umum pada pasien yang mengalami sakit kronis maupun sakit terminal. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Awadallah (2006) yang melihat respon berduka pada pasien kanker yang pada awalnya mengalami penolakan, tawar menawar, depresi dan akhirnya menerima keadaan penyakitnya. Rentang waktu yang diperlukan untuk melalui tiap fase yang ada bervariasi. Latar belakang sosial budaya mempengaruhi pembentukan sikap, kepercayaan dan nilai-nilai individu dalam merespon terhadap sakit yang dialami (Craven & Hirnle, 2003).

## Tema 2. Mengalami Perubahan Fisik

Selama menjalani hemodialisa partisipan menyatakan mengalami perubahan struktur tubuh seperti penurunan berat badan (5 orang) dan bengkak (3 orang). Partisipan juga menyatakan mengalami perubahan fungsi tubuh seperti adanya rasa mual (6

orang), mengalami kesulitan tidur (3 orang), lemas (3 orang), cepat merasa lelah (2 orang) dan sesak nafas (4 orang). Partisipan mengatakan:

*“Waktu sehat 80 kilo jadi 55... kan hampir 30 kilogram turun...” (P1)*

*“...Nggak doyan makan, mual-mual, kakinya bengkak...” (P4)*

*“Cuma kalau tidurnya yang masih susah mbak...jadi sejak sakit memang ada rasa tidurnya susah...” (P2)*

*“Badan sekarang lemes ... capek sedikit sesak ... aktivitas sedikit aja keseeel ...” (P9)*

Keluhan fisik yang dirasakan partisipan sejalan dengan hasil penelitian Kaltsouda *et al.*, (2011) yang menyatakan bahwa klien yang terdiagnosa GGK lebih dari tiga tahun yang lalu dan klien yang menjalani hemodialisa memiliki keluhan fisik seperti penurunan fungsi tubuh, rasa sakit dan penurunan status kesehatan secara umum, keluhan psikologis dan gangguan fungsi sosial. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Lok (1996 dalam Al-Arabi, 2006) menyatakan bahwa pasien dengan hemodialisa mengalami keterbatasan aktivitas sebagai masalah yang paling umum terjadi, penurunan kontak sosial, ketidakpastian mengenai masa depan, kelemahan dan kram otot.

Dampak biologis yang dirasakan oleh klien GGK sebagai konsekuensi dari hilangnya fungsi ginjal yang terjadi adalah kelebihan cairan, hiperkalemia, hiperpospatemia, asidosis metabolik, paratiroidisme, anemia dan hipertensi (Himmelfarb & Sayegh, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Mc Farlane (2008) dengan menggunakan data dari *Kidney Early Evaluation Program (KEEP)* dan *National Health and Nutrition Examination (NHANES)* sepanjang rentang tahun 1999-2004 menunjukkan anemia sebagai komplikasi paling umum dari

GGK. Penelitian ini sejalan dengan penelitian meta analisis yang dilakukan Bayhakki dan Hattakit (2012) terhadap 10 jurnal penelitian kualitatif yang menyatakan bahwa pasien hemodialisa mengalami keterbatasan fisik seperti rasa lelah, kelemahan yang disebabkan karena kurangnya energi akibat pembatasan (diet) cairan dan makanan.

### Tema 3. Mengalami Perubahan Aktivitas

Partisipan menyatakan mengalami perubahan aktivitas dimana 3 orang partisipan menyatakan harus mengurangi kegiatan, 5 orang menyatakan tidak lagi bekerja, dan 5 orang menyatakan tidak lagi melakukan aktivitas apapun. Mereka juga mengalami perubahan aktivitas sosial seperti tidak lagi mengikuti kegiatan di lingkungan (4 orang) dan jarang keluar rumah (2 orang).

*"Termasuk dagang juga langsung berhenti, saya kasihkan ke anak ..."* (P4)

*".....Kalau aktivitas sekarang saya kurang. Dulu jauh jauh lebih dari ini..."* (P7)

*"Kayak arisan, saya udah nggak pernah diikutkan....nggak boleh sama tetangga takutnya saya jadi tambah sakit ..."* (P3)

*"Nggak pernah lagi kumpul sama tetangga, abisnya saya minder sih bu...minder karena penyakit ini ..."* (P8)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Bayhakki dan Hattakit (2012) terhadap 10 jurnal penelitian kualitatif yang menyatakan bahwa pasien dengan hemodialisa mengalami perubahan fisik, psikologis dan hubungan sosial. Partisipan menyatakan mereka mengalami keterbatasan fisik seperti rasa lelah, kelemahan yang disebabkan karena kurangnya energi akibat pembatasan (diet) cairan dan makanan. Selain tidak dapat beraktivitas mereka juga tidak dapat

melakukan peran dan tanggungjawab yang biasanya. Penurunan hubungan sosial ini meningkatkan skor depresi yang terjadi. Penelitian kuantitatif yang dilakukan Tezel, *et.al.*, (2011) terhadap 147 orang (84 wanita dan 63 pria) klien GGK dengan hemodialisa di Turki, mengukur angka depresi yang dialami dengan menggunakan BDI (*Beck Depression Inventory*). Hasil penelitian menyatakan bahwa klien GGK dengan hemodialisa yang tidak puas dengan hubungan sosial mereka memiliki skor depresi yang lebih tinggi.

### Tema 4. Mengalami Perubahan Spiritual

Kondisi sakit yang dialami menghantarkan klien hemodialisa mengalami perubahan spiritual, sebuah bentuk pemaknaan hidup yang mendalam yang membuat mereka mampu bertahan dalam kesakitan (*searching for meaning in suffering*). Partisipan menyatakan mereka mengingat dan mempersiapkan diri menghadapi kematian. Sebanyak 3 orang partisipan menyatakan menjadi lebih sering mengingat mati, 4 orang menyatakan pasrah terhadap takdir, 4 orang menyatakan siap untuk menghadapi kematian, dan 5 orang menyatakan berusaha mengalihkan pikiran mengenai kematian. Berikut adalah ungkapan mereka:

*"Tapi saya jadi sering inget mati ... saya sering mikir, iya ya...kapan giliran saya mati ..."* (P3)

*"Jadi yang namanya meninggal ya kalau saya dipanggil Tuhan hari ini saya siap..."* (P5)

*"Kalau yang saya pikirkan ya karena hidup ada Yang Punya, kita kembali pada Yang Punya saya rasa itu hal-hal yang biasa...jadi nggak terlalu terpikirkan..."* (P7)

Dalam kondisi sakit muncul kebutuhan spiritual bagi klien dimana mereka ingin

mengetahui bahwa mereka tetap dicintai, hidupnya tetap berarti, mereka tidak akan dilupakan jika mereka mati dan juga kebutuhan berbagi cinta dengan orang lain (Jones, 2006). Semakin memburuk kondisi seseorang maka semakin naik tingkat kebutuhan spiritual yang dirasakan. Al-Arabi (2006) menyatakan bahwa untuk mampu bertahan, klien hemodialisa harus mau menerima sakit sebagai bagian dari hidup, tetap melakukan sesuatu dan jangan berduka terlalu lama. Dengan menerima sakitnya klien akan lebih dapat menikmati kehidupannya.

Menerima (*acceptance*) merupakan respon terakhir dari tahapan respon berduka. *Acceptance* merupakan tahap dimana individu menerima arti kehilangan. Respon yang ditampilkan berupa pengontrolan atau pengendalian diri, menyadari realitas, mempunyai harapan tentang masa depan, merasakan kondisi diri sendiri lebih baik. Dengan kondisi ini individu dapat melanjutkan fungsi dan perannya, menerima tanggung jawab atas dirinya sendiri dan termasuk dalam perawatan diri dan belajar hidup dengan kehilangan yang telah terjadi (Kûbler-Ross, 1969 dalam Kozier, Erb dan Snyder, 2004).

Partisipan menyatakan mengalami peningkatan aktivitas spiritual seperti mendekat pada Tuhan (5 orang), melakukan ibadah lebih banyak (3 orang), mengikuti pengajian (2 orang), lebih khusus dalam ibadah (2 orang), bersegera melakukan ibadah (2 orang) dan senantiasa berdoa (8 orang).

*"Ya berubahlah...sekarang saya lebih mendekat sama Tuhan..." (P4)*

*"Terus kalau sekarang beribadah ya jelas tambah khusus ..." (P5)*

*"Berdoa minta diberi kesembuhan... secepatnya lah, jangan lama-lama sakit seperti ini..." (P6)*

Kepasrahan merupakan satu bentuk penerimaan dan kesiapan untuk menjalani

kehidupan. Kepasrahan terjadi ketika individu menyadari bahwa apa yang dialami di luar kemampuan dirinya sehingga ia mencoba mencari kekuatan di luar dirinya untuk membantu mengurangi beban hidupnya. Proses ini disebut sebagai *transcendence* (Kozier, Erb, Snyder, 2004). Partisipan secara umum melakukan *transcendence* dengan cara meningkatkan kapasitas spiritual. Pada saat individu mengalami stres karena sakitnya, individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. Kegiatan spiritual meliputi kegiatan berdoa, sembahyang, membaca kitab suci, praktek keagamaan lain membuat individu merasakan makna hidup, merasakan kedekatan pada yang lebih Tinggi dan merasakan hubungan yang lebih berarti dengan orang lain (Mauk, 2004; Wright, 2005; Hamid, 2008).

Aktivitas spiritual keagamaan yang kemudian banyak dilakukan adalah berdoa. Berdoa mengantarkan mereka memperoleh ketenangan dan mengatasi kecemasan yang dialami. Dalam penelitian yang dilakukan Walton (2007) terhadap 20 orang partisipan dengan menggunakan metodologi *grounded theory*, ia mengemukakan bahwa berdoa merupakan cara yang efektif untuk mengatasi penderitaan, menumbuhkan semangat, mengatasi ketakutan dan kecemasan serta menjaga mereka untuk tetap dapat berhubungan dengan orang-orang di lingkungannya. Percaya pada Tuhan, berdoa, berbicara dengan orang lain dan membuat rencana kegiatan spiritual menjadi kekuatan internal bagi mereka (Al-Arabi, 2006).

Hal ini sejalan dengan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode pendekatan *grounded theory* yang dilakukan Walton (2002) pada 11 orang partisipan. Mereka menyatakan menggunakan spiritualitas untuk mendapatkan keseimbangan dalam hidup dan mengatasi ketidakpastian. Walton merumuskan sebuah neraca keseimbangan spiritual yang terdiri atas



empat komponen. Keempat komponen tersebut yaitu menemukan keseimbangan (melalui perlawanan terhadap kematian, *reframing*, menerima hemodialisa, menghadapi tantangan), melakukan proses memberi dan menerima, mendapatkan kehadiran Tuhan dan orang-orang dekat dalam hidupnya dan kepercayaan (nilai, agama dan hubungan dengan Tuhan). Hal ini menguatkan/membuktikan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual bisa dilakukan melalui agama.

Hal ini sesuai dengan konsep spiritualitas yang menyatakan bahwa agama merupakan bagian dari spiritualitas. Spiritual dibagi atas dua dimensi yaitu dimensi eksistensial yang berfokus pada tujuan dan arti kehidupan dalam hubungan dengan manusia dan lingkungan, dan dimensi agama yang berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan (Hamid, 2008). Penelitian Rambood dan Raffi (2010) pada klien GGK yang menjalani hemodialisa di Iran menyatakan bahwa mereka menggunakan mekanisme koping kembali pada agama untuk mengatasi ketidakpastian hidup yang dirasakan. Hal ini menunjukkan bahwa kembali pada ajaran agama memberikan sebuah penguatan bagi mereka untuk mengatasi masalah yang dihadapi.

Dalam menjalani sakitnya partisipan memaknai sakit sebagai cobaan dari Tuhan. Sebanyak 3 orang partisipan menyatakan sakit sebagai ujian, sementara 3 orang lainnya mengatakan sakit sebagai musibah. Selain itu mereka juga berusaha mengambil hikmah sakit yang dialami. Mereka menyatakan menjadi lebih dekat dengan keluarga (3 orang), lebih dekat dengan pasangan (2 orang), lebih banyak istirahat (2 orang), merasa lebih tenang (2 orang), dan menambal silaturahmi (2 orang).

*"Maknanya ya namanya sakit itu kan cobaan, istilahnya sudah digariskan seperti ini..." (P1)*

*"Mungkin kalau saya nggak menjalani begini, cuci darah, mungkin saya jarang di rumah... iya, itu hikmahnya (tertawa)" (P5)*

*"...Ya ambil hikmahnya saja mungkin Tuhan kasih jalan ini supaya bisa istirahat..." (P7)*

Partisipan tetap memiliki rasa syukur dalam sakitnya. Sebanyak 3 partisipan mengatakan bersyukur karena ada yang sakit lebih parah dari dirinya, 4 partisipan bersyukur karena memiliki keluarga yang sangat mendukungnya, 4 partisipan bersyukur karena meskipun sakit masih bisa beraktivitas dan 4 partisipan lainnya bersyukur karena memiliki asuransi yang menyokong biaya perawatan dan hemodialisa.

*"Biar pun seperti ini saya masih bersyukur masih ada mesin yang mengganti fungsi ginjal saya..." (P1)*

*"Dulu saya nggak punya jamkesmas, ternyata Tuhan kasih jalan, saya dapat jamkesmas, banyak orang yang menolong...." (P1)*

*"Saya bersyukur punya keluarga, punya suami yang sayang sekali sama saya..." (P2)*

Seseorang yang merasakan suatu peristiwa sebagai ujian akan meningkatkan kemampuan spiritual dan koping adaptif untuk dapat memandang ujian secara positif (Craven & Hirnle, 2003). Menemukan hikmah ini merupakan bentuk *reframing* yaitu kemampuan individu untuk merangkai ulang kejadian untuk mengurangi stres yang terjadi. Konsep *reframing* ini sesuai dengan penelitian Walton (2002) yang menyatakan bahwa individu menerima hemodialisa sebagai beban, hidup ketergantungan dengan mesin selamanya. Dalam pertarungan batin ini, individu menganalisa kembali pemikiran mereka dengan mencari informasi berkaitan

dengan terapi, mempertimbangkan baik dan buruk yang ada. Individu berusaha merangkai ulang (*reframed*) situasi mereka dengan mengubah sudut pandang negatif menjadi positif. *Reframing* merupakan koping spiritual yang mengubah pandangan buruk menjadi situasi yang baik.

Hasil penelitian menunjukkan perubahan spiritual yang dimaknakan secara positif membuat mereka menemukan rasa syukur terhadap Tuhan. Partisipan menyatakan dan menyadari bahwa tidak semua episode hidup yang dilaluinya adalah penderitaan. Terdapat rasa syukur terkait banyaknya orang lain yang lebih sakit dari dirinya, bahwa Tuhan memberikannya sakit tapi juga memberikannya jalan keluar dan bahwa Tuhan masih memberikannya cukup waktu untuk menikmati kehidupan. Ini merupakan bentuk *reframing* individu yang membuat mereka mendapatkan kestabilan psikologis dalam ketidakpastian sakitnya.

Individu melihat bahwa hemodialisa adalah perawatan pemberi kehidupan yang akan membuat mereka hidup lebih lama. Individu harus mampu menerima masalah yang mereka hadapi, menolak pemikiran negatif dan merangkai ulang peristiwa untuk dapat melihat dari sudut pandang yang lebih positif. Mereka berfokus pada harapan dan berfikir positif. Mereka percaya pada diri mereka sendiri dan percaya bahwa Tuhan memberikan segalanya demi kebaikan (Walton, 2002).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Sepanjang rentang hemodialisa yang dijalani, pasien mengalami empat perubahan. Perubahan psikologis yang berupa rasa takut terhadap terapi, cemas terkait ketidakpastian sakit, cemas terkait peran dan tanggungjawab serta penolakan dan marah. Perubahan fisik yang berupa perubahan struktur tubuh seperti penurunan berat badan

dan bengkak. Perubahan fungsi tubuh seperti mual, insomnia, lemas, cepat merasa lelah dan sesak nafas. Perubahan aktivitas berupa pengurangan kegiatan seperti tidak lagi bekerja dan tidak lagi melakukan aktivitas apapun; mengalami perubahan aktivitas sosial seperti tidak lagi mengikuti kegiatan di lingkungan dan jarang keluar rumah. Perubahan spiritual dengan lebih banyak mengingat kematian, meningkatkan aktivitas spiritual, dan memaknai sakit sebagai cobaan (*reframing*).

### Saran

Pelayanan keperawatan diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik dengan pengkajian yang mendalam mengenai proses perubahan yang dialami dan tahap berduka yang sedang dijalani saat ini. Hal ini penting sebagai dasar pemberian asuhan keperawatan. Berdasarkan penelitian terlihat munculnya perubahan spiritual. Oleh karena itu disarankan perawat melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan spiritual karena pemenuhan kebutuhan spiritual membuat klien hemodialisa menemukan makna sakitnya (*reframing*) dan bertahan hidup (*struggle in suffering*). Perawat perlu dibekali dengan kemampuan mengkaji kebutuhan spiritual yang muncul dan bagaimana upaya untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual tersebut.

Manajemen keperawatan rumah sakit harus memastikan bahwa jumlah tenaga kerja perawat seimbang dibandingkan dengan jumlah klien yang harus dilayani sehingga perawat memiliki waktu yang cukup untuk mendampingi klien secara personal. Disarankan rasio perawat : klien adalah 1 : 3 orang. Perawat perlu menyediakan waktu lebih banyak untuk mendengarkan keluhan klien, memberikan sentuhan dan bersikap empati terhadap kondisi klien. Pelayanan keperawatan perlu memfasilitasi kebutuhan informasi yang

memadai mengenai GKG dan hemodialisa, lingkungan yang nyaman yang menunjang pemulihan, forum diskusi (*patient and family gathering*) dimana mereka bisa saling berbagi pengalaman dan saling menguatkan.

## DAFTAR RUJUKAN

- Afiatin. 2008. *Alat dan Bahan Hemodialisis, Bahan Pelatihan Teknik Dialysis*. RSKG Ny.R.A.Habibie: Bandung.
- AlArabi, Safa'a. 2006. Quality of Life: Subjective Descriptions of Challenges to Patients With End Stage Renal Disease. *Nephrology Nursing Journal*, 33 (3): 285-293.
- Andi. 2012. *Peran Perawat Ginjal dalam Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Dialisis*. Makalah disampaikan dalam Jakarta Nephrology Nursing Symposium, Jakarta.
- Awadallah, M. S. 2006. Support for Cancer Patients: The Bahrain Experience. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12 (5): 695-699.
- Bayhakki, Hatthakit, U. 2012. Lived Experiences of Patients on Hemodialysis; A Meta-Synthesis. *Nephrology Nursing Journal*, 39 (4): 295-305.
- Bossola, M., Ciciarelli, C., Di Stasio, E., Conte, G.L., Antocicco, M., Rosa, F., Tazza, L. 2012. Symptoms of Depression and Anxiety Over Time in Chronic Hemodialysis Patients. *JNephrol*, 25 (5): 689-698.
- Burns, N., Grove, S.K. 2009. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Edisi ke-6. Saunders Elsevier: Philadelphia.
- Craven, R.F & Hirnle, C.J. 2003. *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. 4<sup>th</sup> edition. Lippincott Williams & Wilkins: Washington.
- Hamid, A.S. 2008. *Bunga Rampai: Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC: Jakarta.
- Himmelfarb, J., Sayegh, M.H. 2010. *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation*. Elsevier Health Sciences: Kanada.
- Jack, Susan M. 2006. Utility of Qualitative Research Findings in Evidence Based Public Health Practice. *Public Health Nursing*, 23 (3): 277-283.
- Jadoulle, V., Hoyois, P., Jadoul, M. 2005. Anxiety and Depression in Chronic Hemodialysis: Some Somatopsychic Determinants. *Clinical Nephrology*, 63 (2): 113-118.
- Jha, Vivekanand. 2009. Current Status of Chronic Kidney Disease Care in Southeast Asia. *Seminars in Nephrology*, 29 (5): 487-496.
- Jones, Gerald L. 2006. A Basic Assessment Spiritual Model. *Journal of Cancer Education*, 21 (1): 26-27.
- Kaltsouda, A., Skapinakis, P., Damigos, D., Ikonomou, M., Kalaitzidis, R., Mavreas, V., Siamopoulos, K.C. 2011. Defensive Coping and Health Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease: A Cross Sectional Study. *BMC Nephrology*, 12 (28).
- Kohli, S., Batra, P., Aggarwal, H.K. 2011. Anxiety, Locus of Control, and Coping Strategies Among End Stage Renal Disease Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 21 (3): 177-181.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, & Snyder, S. 2004. *Fundamental of Nursing:*

- Concept, Process and Practice*. Pearson Education Inc: Upper Saddle River.
- Mauk, K.L. & Schmidt, N.K. 2004. *Spiritual Care in Nursing Practise*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Mc Farlane, S.I., Chen, SHU-Cheng, Whaley-Connell, A.T., Sowers, J.R., Vassalotti, J.A., Salifu, M.O., Li, S., Wang, C., Bakris, G., McCullough, P.A., Collins, A.J., Norris, K.C. 2008. Prevalence and Associations of Anemia of CKD : Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *American Journal of Kidney Diseases*, 51 (4): 46-55.
- Polit, D.F., Beck, C.T. 2004. *Nursing Research: Principles and Method*. Edisi ke-7. Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia.
- Prodjosudjadi, W., Suhardjono, A. 2009. End Stage Renal Disease in Indonesia Treatment Development. *Ethnicity & Disease*, 19 (1): 33-36.
- Rahimi, A., Fazlollah, A., Gholyaf, M. 2008. The Effects of Continous Care Model on Depression, Anxiety and Stress in Patient on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 35 (1).
- Rambood, M., Rafii, F. 2010. Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (3): 242-249.
- Santoso. T. 2005. *Psikologi Pasien Gagal Ginjal*. Makalah, disampaikan dalam Pelatihan Keperawatan Ginjal RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- Sathvik, B.S., Parthasarathi, G., Narahari, M.G., Gurudev, K.C. 2008. An Assesment of Quality of Life in Hemodialysis Patients using the WHOQOL-BREF Questionnaire. *Indian Journal of Nephrology*, 18 (4): 141-149.
- Smeltzer, S.C, Bare. 2010. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing: In One Volume*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Smith, Mary Jane, Liehr, Patricia R. 2008. *Middle Range Theory For Nursing*. 2<sup>nd</sup> Edition. Springer Publising Company: New York.
- Starowicz, M.L., Gellert, Ryszard. 2009. The Sexuality and Quality of Life of Hemodialyzed Patients \_ ASED Multicenter Study. *Journal of Sexual Medicine*, 6 (4).
- Suhardjono, A. 2008. The Development of Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis Program in Indonesia. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the National Society for Peritoneal Dialysis*, 28 (3): 59-62.
- Suhud, M. 2001. *Pedoman Gagal Ginjal dan Dialisis*. Yayasan Ginjal Dia-trans Indonesia: Jakarta.
- Suja, A., Anju, R., Neethu, J., Peeyush, P., Saraswathy, R. 2012. Economic Evaluation of End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 4 (2): 107-111.
- Tezel, A., Karabulutlu, E., Sahin, O. 2011. Depression and Perceived Social Support from Family in Turkish Patients with Chronic Renal Failure Treated by Hemodialysis. *JRMS*, 16 (5): 666-673.
- Tuckett, Anthony G. 2005. Part II: Rigour in Qualitative Research: Com-

- plexities and Solutions. *Nurse Researcher*, 13 (1): 29-42.
- Walton, J. 2002. Finding A Balance: A Grounded Theory Study of Spirituality in Hemodialysis Patients. *Nephrology Nursing Journal*, 29 (5): 447-456.
- Walton, J. 2007. Prayer Warriors: A Grounded Theory Study of American Indians Receiving Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 34 (4): 377-387.
- Wood, G., Haber, J. 2010. *Nursing Research Methods and Critical Appraisal for Evidence based Practice*. Edisi ke-7. Mosby Elsevier: Kanada.
- Wright, S.G. 2005. *Reflections on Spirituality*. Whurr Publisers LTD: Philadelphia.
- Zhang, Qiu-Li., Rothenbacher, Dietric. 2008. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Population Studies: Systematic Review. BMC Public Health. (Online), Volume 8, No. 117, (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/117/>), diakses 25 Februari 2013.

## **ANALISA PERSEPSI ORANG TUA TENTANG KEKERASAN PADA ANAK DI PONOROGO**

**Metti Vrawati, Hery Ernawati**

Universitas Muhammadiyah Ponorogo

E-mail: metti\_verawati@yahoo.com

**Abstract:** The purpose of this descriptive study was to determine the perceptions of parents about child abuse. A number of 41 parents who have children of school age in Jetis Ponorogo is taken as the subject of this research. Analysis of data using T score. The results showed 58.5% have negative perception and 41.5% have positive preception about child abuse. Factors that influence respondents had a negative perception is the lacking of information and knowledge, as well as relatively low socioeconomic. Based on these results, it is expected relevant institutions can provide education on child rights and child abuse.

**Keywords:** parents' perception, child abuse

**Abstrak:** Tujuan penelitian deskriptif ini adalah untuk mengetahui persepsi orang tua tentang kekerasan anak. Sejumlah 41 orang tua yang mempunyai anak usia sekolah di Kecamatan Jetis Ponorogo diambil sebagai subyek penelitian ini. Analisis data menggunakan skor T. Hasil penelitian didapatkan 58,5% berpersepsi negatif dan 41,5% berpersepsi positif tentang kekerasan pada anak. Faktor yang mempengaruhi responden berpersepsi negatif adalah informasi dan pengetahuan yang kurang, serta sosial ekonomi yang relatif rendah. Berdasarkan hasil tersebut diharapkan lembaga terkait dapat memberikan penyuluhan tentang hak anak dan kekerasan anak.

**Kata kunci:** persepsi orang tua, kekerasan anak

## PENDAHULUAN

Di Indonesia angka-angka kekerasan terhadap anak tidak pernah menunjukkan angka menurun, kecenderungannya selalu meningkat, baik dalam hal kuantitas maupun kualitas. Tingginya kekerasan yang dilakukan orang tua kepada anak, menjadi kasus besar kekerasan yang diterima anak. Dari data yang diterima 87% kasus kekerasan pada anak dilakukan di rumah tangga. Banyak orang tua menganggap kekerasan pada anak adalah hal yang wajar. Mereka beranggapan kekerasan adalah bagian dari mendisiplinkan anak. Mereka lupa bahwa orang tua adalah orang yang paling bertanggung jawab dalam mengupayakan kesejahteraan, perlindungan, peningkatan kelangsungan hidup, dan mengoptimalkan tumbuh kembang anaknya (Muhtar Lutfi dalam Yosep, 2011).

Yang dimaksud dengan kekerasan di sini adalah yang biasa diterjemahkan dari *violence*. *Violence* berkaitan erat dengan gabungan kata Latin *vis* (daya, kekuatan) dan *latus* (yang berasal dari *ferre*, membawa) yang kemudian berarti membawa kekuatan. Dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia karangan Poerwadarminta, kekerasan diartikan sebagai “sifat atau hal yang keras; kekuatan; paksaan”. Sedangkan paksaan berarti tekanan, desakan yang keras. Kata-kata ini bersinonim dengan kata “memperkosa” yang berarti menundukkan dengan kekerasan; menggagahi; memaksa dengan kekerasan dan melanggar dengan kekerasan. Jadi, kekerasan berarti membawa kekuatan, paksaan dan tekanan (Amirudin, 2007).

Jenis kekerasan pada anak antara lain adalah *physical abuse*, *emotional abuse*, *neglect*/pengabaian, seksual, dan komersialisasi. *Physical abuse* terjadi ketika orang tua/pengasuh dan pelindung anak memukul anak (ketika anak sebenarnya memerlukan perhatian), kekerasan yang dilakukan seseorang berupa melukai bagian tubuh anak.

*Emotional abuse* terjadi ketika orang tua/pengasuh dan pelindung anak setelah mengetahui anaknya meminta perhatian, mengabaikan anak itu. Ia membiarkan anak basah atau lapar karena ibu terlalu sibuk atau tidak ingin diganggu pada waktu itu. Pelaku biasanya melakukan tindakan mental *abuse*, menyalahkan, melabeli, atau juga mengkambinghitamkan (Pratiwi, 2006).

*Neglect* (pengabaian) diartikan anak tidak mendapatkan perlindungan ataupun perhatian dari orang-orang terdekat maupun orang di lingkungan sekitarnya. Kekerasan seksual meliputi pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga tersebut seperti istri, anak dan pekerja rumah tangga. Komersialisasi merupakan kekerasan dimana adanya unsur pengambilan keuntungan materi secara sepihak oleh pelaku kekerasan terhadap korban baik secara sengaja maupun tidak sengaja (Pratiwi, 2006).

Data dari Komisi Nasional Perlindungan Anak mencatat pada tahun 2011, ada 2.509 kasus, 62% merupakan kekerasan seksual dan sisanya kekerasan terhadap fisik hingga mengakibatkan meninggal. Tahun 2012, dalam satu semester ada 1.876 kasus, 68% adalah kekerasan seksual dan sisanya kekerasan fisik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Wibowo (2008) di Ponorogo, tahun 2006 terjadi empat kasus yang dilaporkan, tahun 2007 ada 12 kasus dan sampai bulan April 2008 terjadi lima kasus. Bentuk kekerasan pada anak meliputi kekerasan fisik sebanyak 33,3%, pencabulan 28,5 %, perkosaan 14,2%, kekerasan psikologis 14,2%, dan *incest* (*sexual abuse*) 9,5%. Pelaku kekerasan adalah 90% orang dekat dan hanya 10% orang lain.

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti pada tahun 2012 di Ponorogo didapatkan hasil bahwa pola asuh yang diterapkan adalah permisif dan penelantar maka dampak

yang muncul pada anak adalah perilaku yang agresif dan cenderung merusak. Sedangkan hasil penelitian tahun 2013 yang dilakukan oleh peneliti didapatkan hasil seluruh orang tua menerapkan pola asuh demokratis tetapi terdapat 32,3% mengalami perilaku kekerasan pada anak. Hal ini menunjukkan bahwa bisa jadi orang tua tidak menyadari bahwa sesuatu yang mereka anggap mendisiplinkan anak ternyata terlalu keras dan berdampak munculnya kekerasan pada anak.

Dampak dari kekerasan tersebut adalah adanya akibat langsung pada diri anak. Apabila seorang anak mengalami kekerasan secara fisik, dampak langsung yang akan dialaminya diantaranya dapat mengakibatkan kematian, patah tulang atau luka-luka, dan pertumbuhan fisiknya pun berbeda dengan teman sebayanya. Sedangkan dampak jangka panjang yang dapat dialami anak yang mendapat kekerasan adalah akan munculnya perasaan malu/menyalahkan diri sendiri, cemas atau depresi, kehilangan minat untuk bersekolah, stres pasca-trauma seperti terus-menerus memikirkan peristiwa traumatis yang dialaminya. Selain itu anak dapat pula tumbuh sebagai anak yang mengisolasi diri sendiri dari lingkungan di sekitarnya (Soetjningsih, 1995).

Dampak yang ditimbulkan kekerasan terhadap anak (*child abuse*), antara lain adalah dampak kekerasan fisik dimana anak yang mendapat perlakuan kejam dari orang tuanya akan menjadi sangat agresif, dan setelah menjadi orang tua akan berlaku kejam kepada anak-anaknya. Dampak kekerasan psikis seperti diungkapkan UNICEF (1986) dalam Umam (2013), bahwa anak yang sering dimarahi orang tuanya, apalagi diikuti dengan penyiksaan, cenderung meniru perilaku buruk (*coping mechanism*) seperti *bulimia nervosa* (muntahkan makanan kembali), penyimpanan pola makan, *anorexia* (takut gemuk), kecanduan alkohol dan obat-obatan,

dan memiliki dorongan bunuh diri. Dampak kekerasan seksual dan dampak penelantaran anak. Pengaruh yang paling terlihat jika anak mengalami hal ini adalah kurangnya perhatian dan kasih sayang orang tua terhadap anak. Hurlock (1990) mengatakan bahwa jika anak kurang kasih sayang dari orang tua akan menyebabkan berkembangnya perasaan tidak aman, gagal mengembangkan perilaku akrab, dan selanjutnya akan mengalami masalah penyesuaian diri pada masa yang akan datang.

Melihat permasalahan di atas, diperlukan solusi antara lain masyarakat bisa melakukan intervensi pada keluarga yang melakukan kejahatan pada anak. Reaksi cepat dari masyarakat penting untuk mencegah terjadinya kekerasan pada anak. Hal ini akan memberi sanksi sosial bagi orang tua yang melakukan kekerasan pada anaknya.

Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang melakukan sebuah perilaku adalah persepsi terhadap perilaku itu sendiri. Sugihartono, dkk (2007) dalam Ina (2012), mengemukakan bahwa persepsi adalah kemampuan otak dalam menerjemahkan stimulus atau proses untuk menerjemahkan stimulus yang masuk ke dalam alat indera manusia. Persepsi manusia tergantung pada sudut pandang dalam penginderaan. Ada yang mempersepsikan sesuatu itu baik atau persepsi yang positif maupun persepsi negatif yang akan mempengaruhi tindakan manusia yang tampak atau nyata.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persepsi orang tua tentang kekerasan anak.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah deskripsi. Penelitian ini mendeskripsikan persepsi orang tua tentang kekerasan pada anak. Penelitian ini dilaksanakan Desa Karanggebang, Kecamatan Jetis, Kabupaten Ponorogo. Alasan pemilihan lokasi penelitian



adalah di Desa Karanggebang pernah terjadi kasus kekerasan pada anak yang berdampak kematian. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 41 responden.

Data yang diperoleh diolah dan dianalisa frekuensi distribusinya yang merupakan strategi pertama untuk mengorganisasikan data secara sistematis dalam bentuk angka-angka nilai dari yang rendah ke paling tinggi, bersamaan dengan perhitungan (persentase) dari angka yang muncul setiap saat (Nursalam, 2001). Data demografi yang dicantumkan digunakan sebagai pertimbangan dalam meneliti karakteristik responden. Data dianalisa dengan rumusan persentase dari Arikunto (2002).

Untuk analisa data persepsi orang tua tentang kekerasan pada anak maka peneliti membuat skoring menggunakan skala *likert* dengan skor untuk jawaban SS=4, S=3, TS=2, STS=1 untuk pernyataan positif, dan STS=4, TS=3, S=2, SS=1 untuk pernyataan negatif. Rumus yang digunakan untuk mengukur variabel ini dengan menggunakan skor T (Azwar, 2011). Dikatakan persepsi positif jika skor yang diperoleh lebih besar dari rerata skor ( $T > MT$ ), dan dikatakan persepsi negatif jika skor yang diperoleh lebih kecil dari rerata skor ( $T_d < MT$ ).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini adalah distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan jumlah anak.

Tabel 1 dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengahnya (36,6%) berpendidikan SMA, dan sebagian kecil (12,2%) berpendidikan perguruan tinggi. Hampir setengahnya (41,5%) orang tua bekerja sebagai petani, dan sebagian kecil (4,9%) bekerja sebagai PNS. Berdasarkan penghasilannya, sebagian besar (53,7%) orang tua mempunyai penghasilan kurang dari Rp.500.000, dan sebagian kecil (4,9%) berpenghasilan lebih dari Rp. 1.000.000. Berdasarkan

jumlah anak, sebagian besar (78,1%) orang tua mempunyai lebih dari 1 anak, dan sebagian kecil (21,9%) orang tua mempunyai hanya 1 anak.

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik**

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Pendidikan</b>		
SD	9	21,9
SMP	12	29,3
SMA	15	36,6
Perguruan Tinggi	5	12,2
<b>Pekerjaan</b>		
Petani	17	41,5
Wiraswasta	8	19,5
PNS	2	4,9
Pegawai Swasta	11	26,8
Tidak bekerja	3	7,3
<b>Penghasilan</b>		
< Rp.500.000	22	53,7
Rp.500.000-Rp. 1.000.000	16	39
> Rp. 1.000.000		
Tidak berpenghasilan	2	4,9
	1	2,4
<b>Jumlah anak</b>		
>1	32	78,1
1	9	21,9

## Persepsi Orang Tua tentang Kekerasan pada Anak

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar orang tua (58,5%) mempunyai persepsi negatif tentang kekerasan pada anak dan hampir setengahnya (41,5%) mempunyai persepsi positif tentang kekerasan pada anak. Terbentuknya suatu persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Toha (2003) dalam Ina (2012), faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah faktor internal dan eksternal.

Faktor internal meliputi perasaan, sikap dan kepribadian individu, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan

kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat, dan motivasi. Faktor eksternal meliputi latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerak, hal-hal baru dan familiar atau ketidakasingan suatu objek. Menurut Walgito (2004) dalam Ina (2012), faktor-faktor yang berperan dalam persepsi dapat dikemukakan beberapa faktor, yaitu yang pertama adalah objek yang dipersepsi. Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi, tetapi juga dapat datang dari dalam diri individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor.

Faktor yang kedua adalah faktor alat indera, syaraf dan susunan syaraf. Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus. Syaraf sensoris juga diperlukan sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran. Sebagai alat untuk mengadakan respon diperlukan motoris yang dapat membentuk persepsi seseorang.

Faktor yang terakhir adalah faktor perhatian. Untuk menyadari atau dalam mengadakan persepsi diperlukan adanya perhatian. Perhatian merupakan langkah utama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu sekumpulan objek.

Pada hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar responden (58,6%) mempunyai persepsi negatif tentang perilaku kekerasan pada anak. Salah satu faktor yang mempengaruhi responden berpersepsi negatif tentang kekerasan pada anak adalah belum adanya informasi yang didapat oleh responden tentang kekerasan pada anak. Hal tersebut didukung oleh fakta bahwa

masyarakat di Desa Karanggebang belum pernah mendapat penyuluhan tentang kekerasan pada anak yang dilakukan oleh pihak terkait misalnya KPPA ataupun dinas kesehatan atau dinas sosial. Fakta diatas juga didukung oleh pendapat Toha (2003) dalam Ina (2012) yang menyebutkan bahwa faktor eksternal yang mempengaruhi terbentuknya persepsi adalah dari informasi yang diperoleh dan pengetahuan.

Hal tersebut juga didukung oleh jawaban responden. Pada pernyataan “menurut saya kekerasan anak jarang terjadi didalam keluarga”, sebanyak 8 responden menjawab tidak setuju. Jawaban responden untuk pernyataan “kekerasan anak sering dilakukan oleh orang terdekat dari anak”, sebanyak 25 responden menjawab tidak setuju dan sangat tidak setuju. Pada kenyataannya kasus-kasus kekerasan pada anak sering dilakukan oleh keluarga terdekat seperti orang tua atau pengasuh.

Pendapat lain mengenai faktor yang mempengaruhi persepsi negatif tentang perilaku kekerasan pada anak, menurut Pratiwi (2006) adalah karena *Neglect*/pengabaian. Pengabaian di sini dalam artian anak tidak mendapatkan perlindungan ataupun perhatian dari orang-orang terdekat maupun orang di lingkungan sekitarnya.

Faktor lain yang mempengaruhi persepsi negatif adalah pengetahuan responden, dimana salah satunya didapatkan dari pendidikan. Data demografi responden yang mendukung terbentuknya persepsi negatif adalah pendidikan responden yang masih rendah. Dari 24 responden berpersepsi negatif, ada 13 responden yang berpendidikan SD dan SMP. Menurut Toha (2003) dalam Ina (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi adalah proses belajar, informasi yang diperoleh, pengetahuan.

Persepsi negatif responden juga dipengaruhi oleh latar belakang keluarga, salah satunya adalah status sosial ekonomi res-

ponden. Dari 24 responden yang berpersepsi negatif tentang kekerasan pada anak didapatkan status sosial ekonominya relatif rendah, yakni berpenghasilan perbulan <Rp. 500.000 dan mempunyai anak lebih dari 1 sejumlah 13 responden. Hal itu juga didukung fakta hasil jawaban responden tentang pernyataan “sosial ekonomi rendah keluarga bisa memicu timbulnya kekerasan pada anak”, sebanyak 19 responden menjawab tidak setuju dan sangat tidak setuju.

Fakta diatas diperkuat oleh teori dari Toha (2003) dalam Ina (2012), yaitu faktor eksternal yang mempengaruhi persepsi adalah latar belakang keluarga. Keluarga dengan sosial ekonomi yang relatif rendah, dalam mencukupi kebutuhan pokok sehari-hari akan cenderung lebih sulit dibandingkan keluarga dengan sosial ekonomi yang lebih mapan, sehingga timbulnya kekerasan akan lebih berisiko muncul pada keluarga dengan status sosial ekonomi yang relatif rendah.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data sejumlah 17 responden mempunyai persepsi positif. Data tersebut didukung beberapa faktor diantaranya adalah pengetahuan responden yang didapat dari latar belakang pendidikan. Fakta yang mendukung adalah dari 17 responden yang berpersepsi positif terdapat 9 responden yang berpendidikan SMA dan PT. Dengan berpendidikan yang tinggi maka akan meningkatkan pengetahuan sehingga terbentuk persepsi positif. Data dari jawaban responden juga bisa memperkuat opini yaitu sejumlah 12 responden menjawab setuju dan sangat setuju untuk pertanyaan “anak yang tidak percaya diri bukan merupakan dampak kekerasan pada anak”.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar (58,5%) orang tua mempunyai persepsi negatif tentang ke-

kerasan pada anak dan hampir setengahnya (41,5%) mempunyai persepsi positif tentang kekerasan pada anak. Faktor yang mempengaruhi responden berpersepsi negatif tentang kekerasan pada anak adalah belum adanya informasi yang didapat oleh responden tentang kekerasan pada anak, pengetahuan responden, dan latar belakang keluarga dengan sosial ekonomi yang relatif rendah.

### Saran

Berdasar hasil penelitian diharapkan untuk dinas/lembaga terkait, dalam hal ini Komisi Perlindungan Perempuan dan Anak (KPPA), dinas sosial dan dinas kesehatan untuk memberikan penyuluhan tentang hak-hak anak dan kekerasan pada anak kepada masyarakat, sehingga masyarakat memahami tentang kekerasan pada anak yang sering terjadi di keluarga dan mampu mencegah kejadian kekerasan pada anak.

## DAFTAR RUJUKAN

- Amirudin. 2007. *Kekerasan Anak dalam Surat Kabar*, (Online), ([http://www.researchreport.umm.ac.id/.../45\\_umm\\_research\\_report\\_fulltext.pdf](http://www.researchreport.umm.ac.id/.../45_umm_research_report_fulltext.pdf)), diakses 5 maret 2013.
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian*. Edisi revisi II. Rineka Cipta: Jakarta.
- Azwar. 2011. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Edisi ke-2. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Hurlock, E.B. 1990. *Psikologi Perkembangan*. Edisi ke-5. Erlangga: Jakarta.
- Ina. 2012. *Konsep Persepsi*, (Online), (<http://www.eprints.uny.ac.id/9686/3>), diakses 5 maret 2013.
- Nursalam. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Sagung Seto: Jakarta.
- Pratiwi, Ratih P. 2006. *Kekerasan terhadap Anak Wujud Masalah So-*

- sial yang Kronis*, (Online), (<http://psikologi.or.id/mycontents/uploads/2011/07/kekerasan-terhadap-anak.pdf>), diakses 5 maret 2013.
- Soetjiningsih. 1995. *Perawatan Anak Sakit*. EGC: Jakarta.
- Umam, H. 2013. *Child Abuse*, (Online), (<http://jendelapsikologi.blogspot.com/>), diakses 10 Nov. 2013.
- Wibowo. 2008. *Kekerasan terhadap anak di Kabupaten Ponorogo*, (Online), (<http://lib.umpo.ac.id/files/e20e3-Artikel-Jurnal-Dimensi-TentangKekerasanPadaAnak—lengkap-.pdf>), diakses 5 maret 2013.
- Yosep, B. 2011. *Studi Fenomenologi tentang Persepsi Ibu terhadap Kekerasan pada Anak di Desa Tambakromo Kabupaten Pati*, (Online), (<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/123/jtptunimus-gdl-yosepbagus-6133-1-babi.pdf>), diakses 10 November 2013.

## **PENGETAHUAN IBU TENTANG PERAWATAN TALI PUSAT BERHUBUNGAN DENGAN WAKTU LEPAS TALI PUSAT**

**Puji Hastuti**

Poltekkes Kemenkes Semarang

E-mail: pujih75@gmail.com

**Abstract:** The purpose of this cross-sectional research is to determine the relationship between mother's knowledge about how to care long cord with a loose cord in infants in Puskesmas Pekuncen, Banyumas in 2013. The population is all the mothers who gave birth in December 2012-March 2013 number 70. Sampling using simple random sampling technique obtained 41 mothers. The results showed that there is a relationship between maternal knowledge about cord care with long time off the umbilical cord to the baby in Puskesmas Pekuncen Banyumas in 2013 ( $p$  value=0.013), smaller than  $\alpha=0.05$ .

**Keywords:** knowledge of umbilical cord care, release cord

**Abstrak:** Tujuan penelitian dengan pendekatan cross-sectional ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu tentang cara perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen, Kabupaten Banyumas tahun 2013. Populasi adalah semua ibu yang melahirkan pada bulan Desember 2012-Maret 2013 sejumlah 70. Pengambilan sampel menggunakan teknik simple random sampling didapatkan 41 ibu. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen Kabupaten Banyumas tahun 2013 ( $p$  value=0,013), lebih kecil dari  $\alpha=0,05$ .

**Kata kunci:** pengetahuan tentang perawatan tali pusat, lepas tali pusat

## PENDAHULUAN

Tali pusat merupakan saluran kehidupan bagi janin selama di dalam kandungan. Semasa dalam rahim, tali pusat inilah yang menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Bila janin dilahirkan, ia tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena bayi mungil ini sudah dapat bernapas sendiri melalui hidungnya. Karena sudah tidak diperlukan lagi maka saluran ini harus dipotong dan dijepit atau diikat (Wibowo, 2008).

Tali pusat dalam beberapa hari akan terlepas sendiri setelah mengalami proses nekrosis, menjadi kering pada hari ke-6 hingga ke-8. Proses ini akan meningkatkan luka granulasi kecil yang setelah sembuh akan membentuk *umbilicus* atau pusar (Farrer, 2008). Lama waktu lepas tali pusat dikatakan cepat jika kurang dari 5 hari, normal jika antara 5 sampai dengan 7 hari, dan lambat jika lebih dari 7 hari (Paisal, 2008). Penelitian Yunanto (2005) menyatakan bahwa dari tiga jenis perlakuan tidak didapatkan tanda-tanda infeksi tali pusat dan tidak ada perbedaan yang bermakna lama lepasnya tali pusat (alkohol 70%=7,33 hari, povidon-iodine 10%=7,25 hari, dan kasa kering steril=6,42 hari).

Dalam perawatan bayi baru lahir perlu diperhatikan mengenai perawatan tali pusat. Walaupun perawatan tali pusat sangat mudah, tetapi dibutuhkan pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat yang benar. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas, jumlah angka kelahiran bayi tahun 2009 yaitu 27.450 kelahiran hidup. Tahun 2009 terdapat satu kejadian *tetanus neonatorum* di wilayah Kabupaten Banyumas tepatnya di wilayah Kecamatan Pekuncen (Dinkes Banyumas, 2010).

Tahun 2011 di Kabupaten Banyumas terdapat kelahiran sejumlah 27.058 bayi (Dinkes Banyumas, 2011). Angka kelahiran di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen

Kabupaten Banyumas yang meliputi 16 desa tahun 2012 yaitu 1.021 bayi. Dari studi pendahuluan yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen pada bulan Desember 2012 dengan jumlah 10 bayi, didapatkan tali pusat yang lepas kurang dari 5 hari sebanyak 2 bayi, tali pusat putus 5-7 hari sebanyak 6 bayi, dan tali pusat putus lebih dari 7 hari sebanyak 2 bayi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu tentang cara perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen Kabupaten Banyumas tahun 2013.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian adalah semua ibu yang melahirkan pada bulan Desember 2012-Maret 2013 dan merawat tali pusat bayinya sendiri di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen Kabupaten Banyumas sejumlah 70 ibu. Sampel sebanyak 41 responden diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Kriteria inklusi dalam pengambilan sampel adalah ibu yang mempunyai bayi yang lahir pada bulan Desember 2012-Maret 2013 dan ibu yang merawat tali pusat bayinya secara mandiri.

Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara *door to door*. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner tertutup. Uji validitas pada 20 soal pengetahuan dengan nilai  $r_{\text{tabel}}=0,444$  hasil  $r_{\text{hitung}}$  paling kecil 0,448 paling besar 0,640. Maka  $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ , dan hasil dari 20 soal tersebut dinyatakan valid. Adapun pada uji reliabilitas didapatkan  $r_{\text{hitung}}=0,741 > r_{\text{tabel}}=0,60$  sehingga instrumen dinyatakan reliabel.

Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat menggunakan distribusi frekuensi tiap kelas diubah dalam bentuk persen (%). Uji korelasi yang digunakan

7 bayi (17%). Lepas tali pusat dikategorikan lambat bila tali pusat lepas >7 hari, normal bila tali pusat lepas 5-7 hari, dan cepat bila tali pusat lepas <5 hari (Paisal, 2008). Pada umumnya *umbilicus* atau tali pusat lepas saat satu minggu setelah bayi lahir dan luka sembuh dalam 15 hari (Baety, 2011).

Cara perawatan tali pusat bayi, sebagian besar responden melakukannya dengan menggunakan betadin sebanyak 37 responden (90%), perawatan tanpa diberi bahan apapun pada tali pusat sebanyak 3 responden (7%), dan dengan alkohol sebanyak 1 responden (3%). Perawatan tali pusat bertujuan untuk menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, mencegah infeksi pada bayi baru lahir, membiarkan tali pusat terkena udara agar cepat kering dan lepas (Paisal, 2008). Dampak positif dari perawatan tali pusat adalah bayi akan sehat dengan kondisi tali pusat bersih dan tidak terjadi infeksi, serta tali pusat lepas lebih cepat yaitu antara hari ke 5-7 tanpa ada komplikasi (Hidayat, 2005).

Perawatan tali pusat tersebut bisa dilakukan dengan beberapa macam cara. Cara perawatan tali pusat dengan kasa steril atau dengan povidon iodine 10% menurut Saifuddin (2002). Perawatan tali pusat dibersihkan setiap hari dengan alkohol 70% dan perawatan tali pusat terbuka menurut Departemen Kesehatan RI (2008). Hasil analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu dan lama waktu lepas tali pusat dapat disajikan pada tabel 1.

Lama waktu lepas tali pusat adalah sebagian besar secara normal (5-7 hari) yaitu sebanyak 21 bayi (51%), lepas secara cepat (<5 hari) sebanyak 13 bayi (32%), dan lepas secara lambat (>7 hari) sebanyak

Pengetahuan	Lama Lepas Tali Pusat							
	Lambat		Normal		Cepat		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Kurang	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cukup	11	52,38	8	38,1	2	9,52	21	100
Baik	2	10	13	65	5	25	20	100
Total	13	31,71	21	51,22	7	17,1	41	100
KK	0,418							
P value	0,013							

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa hasil proporsi yang paling besar yaitu ibu dengan pengetahuan cukup sebanyak 21 responden, dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi lambat ( $>7$  hari) sebanyak 11 bayi (52,38%), normal (5-7 hari) sebanyak 8 bayi (38,1%), dan cepat ( $<5$  hari) sebanyak 2 bayi (9,52%). Ibu dengan pengetahuan baik sebanyak 20 responden dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi secara lambat ( $>7$  hari) sebanyak 2 bayi (10%), secara normal (5-7 hari) sebanyak 13 bayi (65%), dan secara cepat ( $<5$  hari) sebanyak 5 bayi (25%).

Berdasarkan hasil uji *Chi Square* diketahui nilai probabilitas ( $p$ ) sebesar 0,013, lebih kecil dari  $\alpha=0,05$ . Secara statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dua variabel yaitu pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen Kabupaten Banyumas tahun 2013.

Berdasarkan hasil uji *Coefficient Contingency* didapatkan nilai sebesar 0,418. Hal ini berarti kesetaraan hubungan pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen Kabupaten Banyumas tahun 2013 yaitu hubungan lemah. Pengetahuan berhubungan dengan tingkat pengenalan informasi tentang perawatan tali pusat pada bayi baru lahir (Wawan, 2009). Perawatan tali pusat bertujuan untuk menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, mencegah infeksi pada bayi baru lahir, membiarkan tali pusat terkena udara agar cepat kering dan lepas (Paisal, 2008). Dampak positif dari perawatan tali pusat adalah bayi akan sehat dengan kondisi tali pusat bersih dan tidak terjadi infeksi serta tali pusat lepas lebih cepat yaitu antara hari ke 5-7 tanpa ada komplikasi (Hidayat, 2005).

Pengetahuan ibu yang baik tentang perawatan tali pusat dapat mempengaruhi

cara ibu dalam perawatan tali pusat. Dengan pengetahuan yang baik tentang perawatan tali pusat maka tali pusat akan terhindar dari infeksi dan cepat lepas. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat. Kekuatan hubungannya lemah, karena lama waktu lepas tali pusat pada bayi tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tetapi juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, misalnya cara perawatan tali pusat, yaitu dengan alkohol, betadin, dan tanpa diberi bahan apapun.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden melakukan perawatan tali pusat dengan betadin sebanyak 37 responden (90%), perawatan tanpa diberi bahan apapun pada tali pusat sebanyak 3 responden (7%), dan dengan alkohol sebanyak 1 responden (3%). Proses lepasnya tali pusat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat mendukung dan membantu untuk lebih cepat dari tujuh hari atau lebih lama (lebih dari empat minggu). Faktor tersebut mencakup ada tidaknya infeksi pada tali pusat bayi, kebersihan dan sanitasi lingkungan, kelembaban daerah sekitar tali pusat bayi, cara perawatan tali pusat itu sendiri, dan pengetahuan tentang perawatan tali pusat (Wawan, 2009).

Jika pengetahuan tentang perawatan tali pusat baik maka akan berpengaruh terhadap perawatan tali pusat. Tali pusat yang semakin cepat lepas akan mengurangi resiko terjadinya infeksi. Dengan demikian perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan masyarakat khususnya bagi ibu tentang perawatan tali pusat yang baik dan benar. Bidan mempunyai peran sebagai konsultan dan contoh bagi ibu. Sebagai konsultan bidan harus mampu menjadi narasumber dan memberikan informasi yang akurat mengenai pelayanan kesehatan seperti perawatan bayi baru lahir yang didalamnya terdapat cara perawatan tali pusat.



Pengetahuan atau kognitif merupakan komponen yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan itu sendiri penting untuk mendukung psikis seseorang dalam menumbuhkan rasa percaya diri maupun dorongan sikap dan perilaku setiap hari. Dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor yang mendukung tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan haruslah diberikan pada ibu dan keluarga karena dukungan keluarga juga mempunyai peranan penting. Pendidikan kesehatan yang diberikan harus sedini mungkin saat ibu hamil, sehubungan dengan persiapan menjadi seorang ibu yang harus dapat merawat bayinya dan secara berkelanjutan setelah ibu melahirkan. Pendidikan kesehatan yang diberikan bisa secara langsung saat ibu ANC ataupun melalui pemberian leaflet.

Selain itu pemberian pendidikan kesehatan dapat diberikan melalui kelas ibu hamil dan dilanjutkan pada kelas ibu nifas. Ibu dapat diberikan materi tentang perawatan tali pusat dan ibu dapat mempraktikkannya dengan *role play* atau bermain peran dan praktik secara langsung pada bayinya. Pendidikan kesehatan sebaiknya diberikan pula pada suami dan keluarga. Suami dapat ikut mendemonstrasikan bagaimana perawatan tali pusat yang baik dan benar.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup sebanyak 21 responden (51%), pengetahuan baik sebanyak 20 responden (49%) dan tidak ada yang memiliki pengetahuan kurang. Sebagian besar tali pusat bayi responden lepas secara normal (5-7 hari) yaitu sebanyak 21 bayi (51%), lepas secara cepat (<5 hari) sebanyak 13 bayi (32%), dan lepas secara lambat (>7 hari) sebanyak 7 bayi (17%). Ada hubungan

antara pengetahuan ibu tentang perawatan tali pusat dengan lama waktu lepas tali pusat pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pekuncen Kabupaten Banyumas tahun 2013 ( $p=0,013$ ).

### Saran

Bagi ibu sebaiknya memperhatikan tentang perawatan bayinya khususnya dalam perawatan tali pusat dengan cara meningkatkan pengetahuan tentang perawatan tali pusat. Suami dan keluarga diharapkan lebih memberikan motivasi pada ibu dengan meningkatkan pengetahuan tentang perawatan tali pusat serta mencari informasi yang baru tentang perawatan tali pusat. Bagi bidan diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan pada bayi dengan baik khususnya dalam melakukan perawatan tali pusat. Bagi puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pelayanan pada ibu maupun bayinya guna meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti lebih lanjut mengenai perawatan tali pusat dan lama waktu lepas tali pusat agar diperoleh hasil yang lebih maksimal.

## DAFTAR RUJUKAN

- Baety, AN. 2011. *Biologi Reproduksi Kehamilan dan Persalinan Edisi I*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Dinkes Kabupaten Banyumas. 2010. *Profil Kesehatan Banyumas Tahun 2009*. Banyumas: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.
- Dinkes Kabupaten Banyumas. 2011. *Profil Kesehatan Banyumas Tahun 2010*. Banyumas: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.
- Farrer. 2008. *Perawatan Maternitas*. EGC: Jakarta.

- Hidayat, Aziz Alimul. 2005. *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan Jilid I*. Salemba Medika: Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR: Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekijo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta: Jakarta.
- Paisal. 2008. *Perawatan Tali Pusat*, (online), (<http://creasoft.files.wordpress.com>), diakses 20 Juni 2013.
- Saifuddin, A. 2002. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Cetakan 7. YBPSP: Jakarta.
- Wawan. 2009. *Tata Cara Pemotongan Tali Pusat*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Wibowo. 2008. *Plasenta Tali Pusat Selaput Janin dan Cairan Amnion Kuliah Obstetri Ginekologi*. FKUI: Jakarta.
- Yunanto, Ari. 2005. *Peran Alkohol 70%, Povidon-Iodine 10% dan Kasa Kering Steril dalam Pencegahan Infeksi Pada Perawatan Tali Pusat*, (online), ([www.idai.or.id/saripediatri/fulltext.asp?q=311](http://www.idai.or.id/saripediatri/fulltext.asp?q=311)), diakses 20 Juni 2013.

## **INISIASI MENYUSU DINI MEMPERCEPAT *ONSET* LAKTASI**

**Retno Mawarti, Suci Mayasari**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: rossa\_mate@yahoo.com

**Abstract:** This study aimed to determine the relationship of Early Initiation of Breastfeeding (IMD) with the onset of lactation in postpartum primiparous mothers. Methods of prospective cohort studies. Subjects were postpartum primiparous mothers were normal delivery with a total sample of 62. Data were analyzed using Chi-square test. The results showed an association between IMD with the onset of lactation ( $p$  value=0.000). The onset of lactation in the majority of mothers who do IMD faster than mothers who did not do the IMD. Pregnant women who are preparing for the delivery in order to understand and want to do IMD so that no delay in the onset of lactation.

**Keywords:** onset of lactation, early breastfeeding

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan onset laktasi pada ibu post partum primipara. Metode penelitian kohort prospektif. Subjek penelitian adalah ibu post partum primipara yang bersalin normal dengan jumlah sampel sebanyak 62. Analisa data menggunakan uji Chi-square. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara IMD dengan onset laktasi ( $p$  value=0,000). Onset laktasi pada sebagian besar ibu yang melakukan IMD lebih cepat dibandingkan dengan ibu yang tidak dilakukan IMD. Ibu hamil yang sedang mempersiapkan persalinannya agar mengerti dan mau melakukan IMD supaya tidak terjadi keterlambatan onset laktasi.

**Kata Kunci:** inisiasi menyusu dini, onset laktasi

## PENDAHULUAN

Upaya peningkatan ASI telah menjadi *Global Action* sejak adanya Deklarasi Innocenti di Italia tentang *Protection, Promotion and Support of Breast Feeding* pada tahun 1990. Deklarasi ini menyangkut kerjasama dalam perlindungan, promosi dan dukungan dalam program ASI eksklusif sampai umur bayi enam bulan. Hal ini juga dibuktikan dengan kebijakan *World Health Organization (WHO)* dan *United Nations Children's Fund (UNICEF)* melalui *Baby-Friendly Hospital Initiative* pada tahun 1992 yang membuat program dan merekomendasikan *Ten Steps to Successful Breastfeeding* untuk dilaksanakan pada setiap rumah sakit di seluruh negara.

Namun kenyataannya di lapangan angka pemberian ASI masih rendah. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta bahwa tahun 2010 cakupan ASI eksklusif di Yogyakarta masih rendah yaitu 40,57%. Hal ini jauh dari kesepakatan WHO dan UNICEF untuk pencapaian pemberian ASI eksklusif sebesar 80% pada tahun 2010. Pemberian ASI tidak selalu berjalan dengan baik, adakalanya ibu dan bayi mengalami kendala yang dapat menyulitkan pemberian ASI terutama pada ibu *primigravida* yang masih muda dengan tingkat pengetahuan yang masih rendah tentang menyusui sehingga menghambat praktek pemberian ASI. Selain masalah kurangnya tingkat pengetahuan ibu tentang ASI, ada masalah laktasi lain yang muncul di tengah-tengah tingginya antusias ibu dalam menyusui. Masalah tersebut diantaranya adalah keterlambatan onset laktasi.

Menurut penelitian di Guatemala keterlambatan onset laktasi secara signifikan berisiko lebih besar melakukan pemberian ASI secara singkat. Keterlambatan onset laktasi ini sendiri dipengaruhi beberapa faktor. Menurut penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi penundaan onset laktasi

dibagi menjadi enam dimensi, yaitu karakteristik kehamilan, karakteristik antropometri ibu, pengalaman melahirkan, karakteristik bayi baru lahir, faktor postpartum ibu, dan variabel bayi menyusui.

Pemberian ASI secara dini diperlukan untuk kelangsungan proses laktasi karena refleks menghisap pada saat itu paling kuat untuk merangsang produksi ASI selanjutnya. Selain itu pemberian ASI secara dini dapat merangsang kontraksi uterus ibu sehingga dapat meminimalkan terjadinya perdarahan post partum dan bayi dapat memperoleh kekebalan secara dini melalui kolostrum. Apabila bayi tidak menghisap puting susu pada 30 menit setelah persalinan hormon prolaktin akan menurun dan akan sulit merangsang kembali produksi prolaktin sehingga ASI akan keluar pada hari ketiga atau lebih (Roesli 2008).

Onset Laktasi didefinisikan sebagai “inisiasi produksi susu berlebihan dalam kelenjar susu” dan diukur sebagai waktu dimana perempuan melaporkan persepsi bahwa ASI mereka telah “mulai produksi,” berdasarkan tanda-tanda seperti kekerasan payudara, kepenuhan/berat, atau pembengkakan dan kolostrum atau ASI merembes. Persepsi ibu dari “susu mulai keluar” itu sendiri merupakan indikator klinis yang sah dari *lactogenesis* tahap II. Sekresi susu dewasa ditandai dengan perubahan garam, gula dan komposisi protein yang terjadi 32-40 jam post partum. Waktu onset laktasi telah terbukti berhubungan dengan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) karena menyusu dini akan memperlancar dalam pengenalan bayi akan puting ibu sehingga terjadinya Onset laktasi berlangsung cepat.

Proses pengeluaran air susu ibu yang keluar pada hari ketiga atau lebih disebut proses onset laktasi lambat. Dari penelitian yang dilakukan untuk melihat faktor terjadinya onset laktasi didapatkan hasil dari 328 ibu yang mengalami onset lambat (>72

jam) terjadi pada wanita dengan operasi cesar (49%), berat lahir <3600 g (75%), tidak dilakukannya menyusui dini (22%), indeks massa tubuh ibu >27 kg/m<sup>2</sup> (12%), *primiparity* (14%) (Hruschka *et al.*, 2003). Persepsi ibu post partum tentang onset laktasi terjadi lebih dari 3 hari, 24% ibu memilih untuk tidak menyusui bayinya. Penelitian lainnya mengungkapkan bahwa onset menyusui yang lebih lambat berhubungan dengan persepsi ibu bahwa ASI tidak mencukupi kebutuhan bayinya dan kehilangan kepercayaan diri akan kemampuan ibu untuk menyusui bayinya. Selain itu usia ibu yang masih muda dan pendidikan yang rendah berhubungan dengan pemberian ASI yang singkat (Hruschka *et al.*, 2003).

RSUD Sleman adalah rumah sakit rujukan kesehatan yang ada di Daerah Istimewa Yogyakarta yang juga memberikan pelayanan komprehensif terhadap ibu hamil, bersalin, nifas, perawatan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Menurut cakupan pelaksanaan IMD di RSUD Sleman pada tahun 2010 sebanyak 1.076 ibu postpartum dengan persalinan normal dan bayi yang dilakukan IMD sebanyak 979 bayi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Sleman pada tanggal 4 Januari 2011 dengan wawancara langsung dan melihat rekam medis pada tujuh ibu post partum primipara, didapatkan data berupa tiga ibu tersebut belum mengalami onset laktasi dan sudah dilakukan IMD, dan terdapat empat ibu yang berhasil mengalami proses onset laktasi dalam 72 jam pertama post partum dengan melakukan IMD.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah observasi analitik dengan rancangan penelitian kohort prospektif dengan pendekatan kuantitatif yaitu peneliti mengukur atau mengobservasi variabel independen terlebih dahulu (faktor resiko), kemudian subjek diikuti sampai

waktu tertentu untuk melihat terjadinya pengaruh pada variabel *dependent* (efek atau masalah yang diteliti). Variabel dalam penelitian ini meliputi variabel terikat (*dependent*) yaitu onset laktasi pada ibu post partum primipara dan variabel bebas (*independent*) yaitu bayi yang dilakukan IMD.

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu postpartum primipara di RSUD Sleman. Pengambilan sampel dengan *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti yaitu memilih ibu yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah ibu primipara persalinan normal tanpa induksi dengan kehamilan cukup bulan (gestasi >37 minggu), bayi tunggal hidup, bayi lahir sehat dengan berat badan lahir >2500 gram, IMT normal dan ibu dengan pendidikan minimal SLTP/ sederajat, ibu berdomisili d+10 km dari RSUP Dr Sardjito, dan ibu memiliki nomor telepon rumah atau *handphone*. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah ibu dalam kondisi sakit, ibu dengan kelainan payudara, bayi yang mengalami kelainan kongenital, ibu yang mempunyai kebiasaan merokok.

Besar sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan penghitungan besar sampel untuk hipotesis risiko relatif, yang biasa digunakan pada penelitian kohort. Berdasarkan perhitungan tersebut didapatkan besar sampel sebanyak 56 orang. Untuk menghindari *lost follow-up* maka besar sampel ditambah 10% sehingga total sampel berjumlah 62 orang. Karakteristik responden meliputi umur ibu, pendidikan, pekerjaan.

Sumber data penelitian diambil dari data primer dan sekunder yang dikumpulkan dari responden dan diukur langsung oleh peneliti. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah data rekam medik dan lembar observasi yang di pantau setiap 12 jam selama 3 hari atau 72 jam. Jika ibu

sudah pulang dari rumah sakit maka akan dilakukan wawancara melalui telepon untuk memantau onset laktasi.

Analisis data dengan menggunakan analisis univariabel dan bivariabel. Analisa bivariabel menggunakan *Chi-square (X<sup>2</sup>)* dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$  dengan CI 95%. Dalam pengujian hipotesis kriteria yang digunakan adalah  $H_0$  ditolak jika statistik hitung  $\geq$  statistik tabel atau  $H_0$  ditolak jika probabilitas (*sig/p-value*)  $\leq 0,05$ . Untuk mengetahui tingkat kekuatan hubungan antar variabel maka menggunakan nilai *coefficient contingency*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa dalam variabel usia responden sebagian besar ibu berumur antara 20-30 tahun sebanyak 41 responden (66,1%), dan paling sedikit responden berumur kurang dari 20 tahun sebanyak 9 responden (14,5%). Untuk variabel pendidikan sebagian besar ibu berpendidikan SLTA sebanyak 36 responden (58,1%), dan paling sedikit ibu berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 2 responden (3,2%). Dari variabel pekerjaan ibu sebagian besar ibu adalah ibu rumah tangga (IRT) sebanyak 35 responden (56,5%), sedangkan ibu yang bekerja sebanyak 27 responden (43,5%). Bentuk puting ibu 51 (82,25%) berbentuk normal.

Umur kehamilan ibu dalam persalinan sebagian besar antara 37-40 minggu sebanyak 41 responden (66,1%), sedangkan umur kehamilan yang lebih dari 40 minggu sebanyak 21 responden (33,9%). Dari variabel jenis kelamin sebagian besar bayi berjenis kelamin laki-laki sebanyak 34 bayi (54,8%), sedangkan bayi yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 orang (45,2%). Variabel berat bayi lahir sebagian besar berkisar antara 2.500-3.000 gram sebanyak 44 bayi (71,0%), sedangkan berat

bayi lahir yang lebih dari 3.000 gram sebanyak 18 bayi (29,0%).

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Ibu</b>		
<b>Usia</b>		
< 20 Tahun	9	14,5
20 – 30 Tahun	41	66,1
> 30 Tahun	12	19,4
<b>Pendidikan</b>		
SLTP / Sederajat	24	38,7
SLTA / Sederajat	36	58,1
Akademik/ PT	2	3,2
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	27	43,5
Ibu Rumah Tangga	35	56,5
<b>Umur Kehamilan</b>		
37 – 40 Minggu	41	66,1
> 40 Minggu	21	33,9
<b>Bentuk Puting</b>		
Normal	51	82,25
Datar/tenggelam	11	7,75
<b>Bayi</b>		
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	34	54,8
Perempuan	28	45,2
<b>Berat Badan Bayi Lahir</b>		
2500 – 3000 Gram	44	71,0
> 3000 Gram	18	29,0

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi IMD dan Onset Laktasi**

Variabel	Frekuensi	Persentase
<b>IMD</b>		
Dilakukan IMD	49	79,03
Tidak dilakukan IMD	13	20,96
<b>Onset Laktasi</b>		
Cepat	40	64,5
Lambat	22	35,5

Tabel 2 menunjukan bahwa sebagian besar ibu melakukan IMD sebanyak 49 responden (79,03%). Faktor-faktor yang

berpengaruh terhadap IMD adalah pengetahuan, usia ibu, berat bayi lahir. Pengetahuan responden yang baik tentang IMD dan mempersiapkan IMD mendorong responden untuk selalu menjaga kebersihan dan melakukan perawatan puting sebelum ibu menghadapi persalinan. Hal ini juga didukung oleh pendidikan ibu yang sebagian besar adalah berpendidikan SLTA/SMA sebesar 36 responden (58,06%) dan perguruan tinggi sebanyak 2 responden (3,2%). Ibu dengan pendidikan SLTP sebanyak 24 (38,70) inilah yang dapat memungkinkan ibu belum mempersiapkan dilakukannya IMD, kurangnya penyerapan responden terhadap informasi tentang IMD.

Usia responden yang tergolong produktif dapat mendukung seseorang untuk mendapatkan pengetahuan yang baik, hal ini disebabkan karena usia yang produktif memiliki pengalaman yang lebih banyak dan antusias yang tinggi untuk mendapatkan informasi yang lebih. Pernyataan ini didukung dari hasil penelitian bahwa usia responden sebagian besar berusia 20-30 tahun sebanyak 41 responden (66,5%).

Faktor lain yang berpengaruh terhadap keberhasilan IMD adalah berat lahir bayi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berat bayi lahir dari 2.500-3.000 gram sebanyak 36 bayi (63,2%) dan berat bayi yang lebih dari 3.000 gram sebanyak 21 bayi (36,8%). Bayi yang lahir lebih dari 2.500 gram mampu menghisap yang lebih baik dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram. Bentuk puting susu juga berpengaruh terhadap keberhasilan IMD. Pada ibu yang mempunyai puting susu menonjol akan memudahkan bayi dalam mencari puting susu ibu, sedangkan puting yang datar atau tenggelam, bayi akan mengalami kesulitan untuk menyusu.

Tabel 2 menunjukkan bahwa bahwa ibu yang onset laktasi cepat sebanyak 39 responden (62,9%) dan ibu yang onset

laktasinya lambat sebanyak 23 responden (37,1%). Onset laktasi terjadi cepat dapat disebabkan karena faktor metode persalinan, dalam penelitian ini semua responden dengan metode persalinan spontan tanpa induksi. Hasil penelitian Rivers *et al* (2010) menunjukkan bahwa pada persalinan spontan lebih banyak terjadi onset laktasi secara cepat sebanyak 59,3%. Hal ini dimungkinkan karena dengan persalinan spontan melahirkan bayi yang sehat tanpa pengaruh obat-obatan seperti obat anestesi pada persalinan *sectio caesaria* dan obat *pitocin* untuk induksi. Obat-obatan tersebut dapat mempengaruhi kesehatan bayi selama persalinan. Bayi yang lahir sehat dapat memungkinkan untuk menyusu secara dini sehingga dapat merangsang hormon prolaktin dengan baik sehingga produksi air susu ibu (ASI) dapat terjadi dengan cepat.

Selain metode persalinan umur kehamilan juga mempengaruhi terjadinya onset laktasi cepat. Umur kehamilan yang cukup bulan (>37 minggu) akan melahirkan bayi sehat (tidak prematur). Bayi yang tidak prematur biasanya memiliki berat lahir yang normal (>2.500 gram) dan fungsi sistem organ bayi sudah sempurna. Ini memungkinkan bayi tersebut dapat menghisap secara baik sehingga stimulasi isapan bayi pada payudara dapat efektif. Stimulasi isapan yang efektif akan merangsang reflek *let down* meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Hal ini didukung dengan hasil penelitian ini dimana umur kehamilan ibu dari 37-40 minggu sebanyak 41 responden (66,1%) dan umur kehamilan yang lebih dari 40 minggu sebanyak 21 responden (33,9%).

Jika dilihat dari karakteristik bayi, berat bayi lahir juga mempengaruhi onset laktasi cepat. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa berat bayi lahir dari 2.500-3.000 gram sebanyak 44 bayi (70,96%) dan berat bayi yang lebih dari 3.000 gram sebanyak 18 bayi (29,04%). Bayi yang lahir

**Tabel 3. Hasil Analisis Hubungan Inisiasi Menyusu Dini dengan Onset Laktasi**

Onset Laktasi IMD	Cepat		Lambat		X <sup>2</sup>	P	Coeff
	N	%	n	%			
IMD	38	92,70	3	13,64	38,776	0,000	0,62
Tidak IMD	3	7,30	18	86,36			
Jumlah	41	100	21	37,1			

lebih dari 2.500 gram mempunyai kemampuan menghisap yang lebih baik dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram. Kemampuan menghisap yang baik ini dapat merangsang hormon prolaktin dan oksitosin dengan baik dalam memproduksi ASI.

Onset laktasi dipengaruhi juga oleh berat badan ibu. Penelitian ini menunjukkan bahwa semua responden mempunyai berat badan normal dengan IMT antara 18-25kg/m<sup>2</sup> dimana menurut penelitian Rivers et al (2010) ibu yang mempunyai IMT >25kg/m<sup>2</sup> terjadi kelambatan onset laktasi.

Onset Laktasi terjadi lambat dimungkinkan karena usia responden. Hasil penelitian Rivers et al (2010) usia yang lebih dari 30 tahun secara signifikan dapat terjadi keterlambatan onset laktasi. Pernyataan ini didukung dari hasil penelitian ini dimana usia responden lebih dari 30 tahun sebanyak 12 responden (19,4%). Usia yang lebih tua merupakan salah satu faktor risiko ketidaktoleran kadar karbohidrat selama kehamilan (Clausen, 2005). Ketidaktoleran kadar karbohidrat selama kehamilan dapat mengakibatkan kadar gula ibu meningkat sehingga dapat mengakibatkan IMT ibu *overweight* dan berat bayi yang lahir terlalu besar >3.600 gram dapat mengakibatkan keterlambatan onset laktasi.

Dalam penelitian ini responden merupakan ibu primipara, yang belum mempunyai pengalaman dalam melahirkan sehingga meningkatkan rasa kecemasan. Tingginya ke-

cemasan ibu selain meningkatkan kadar kortisol juga dapat memperpanjang proses persalinan sehingga dapat mengakibatkan stres pada bayi dan ibu. Tingginya kadar kortisol dapat menyebabkan onset laktasi yang lebih lama hal ini disebabkan kortisol dapat menghambat produksi oksitosin yang berpengaruh tidak sempurnanya reflek *let down* untuk mengeluarkan ASI (Grajeda, 2007).

Berdasarkan hasil analisis uji statistik menggunakan *chi-square* seperti disajikan pada tabel 3 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara IMD dengan Onset Laktasi ditunjukkan dengan hasil statistik *p value*=0,000. Ibu yang melakukan IMD namun terjadi keterlambatan onset laktasi dari hasil observasi selama penelitian didapatkan 2 responden (3,5%), diketahui pada ibu yang mempunyai puting susu yang datar atau tenggelam, sehingga bayi mengalami kesulitan untuk menyusui. Karena kesulitan tersebut mengakibatkan bayi mengalami kegagalan dalam menyusui. Kegagalan bayi dalam menyusui merupakan salah satu faktor yang menyebabkan onset laktasi terlambat, yang disebabkan karena rangsangan isapan bayi pada payudara tidak terjadi sehingga terjadi penurunan reflek *let-down* yang mengakibatkan produksi ASI yang menurun (Rivers et al, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan ibu post partum primipara yang tidak melakukan IMD terjadi onset laktasi cepat sebanyak 3 responden (7,0%). Berdasarkan hasil



pengamatan yang dilakukan saat penelitian, hal tersebut terjadi disebabkan karena ibu mempunyai motivasi yang tinggi untuk sehingga ibu tampak lebih aktif untuk menyusukan bayinya dengan frekuensi yang lebih sering. Semakin sering bayi menyusu maka kemampuan stimulasi hormon dan kelenjar payudara semakin terangsang sehingga produksi ASI semakin banyak (Proverawati dan Rahmawati, 2010).

Kesulitan dalam melakukan pengamatan proses IMD ini memerlukan banyak waktu untuk memantau proses IMD, sedangkan proses IMD yang dilakukan secara maksimal dilakukan di kamar bersalin, sementara banyak pasien yang melahirkan di IGD yang tidak mendapatkan pelayanan untuk melakukan IMD karena keterbatasan tenaga kesehatan (bidan) di IGD. Hal tersebut menyebabkan banyak responden yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat dijadikan subjek penelitian.

Dalam penelitian ini menggunakan observasi selama 72 jam secara berturut-turut namun sebagian besar ibu post partum pulang dari rumah sakit antara 24-48 jam setelah melahirkan sehingga observasi langsung hanya dapat dilakukan pada waktu yang singkat. Observasi selanjutnya dipantau dengan wawancara melalui telepon, sehingga peneliti tidak bisa melakukan pemeriksaan fisik untuk memvalidasi keterangan responden mengenai onset laktasi.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagian responden yang melakukan IMD sebanyak 49 orang (86%). Responden yang mengalami onset laktasi cepat sebanyak 40 orang (64,51%). Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dapat mempercepat onset laktasi ( $p\text{ value}=0,000$ ).

### Saran

Bagi ibu post partum yang telah melakukan IMD diharapkan dapat memberikan ASI secara eksklusif. Bagi bidan diharapkan dapat memberikan penyuluhan tentang manajemen laktasi sehingga ibu sudah paham sewaktu bersalin, mengerti tentang IMD dan diharapkan onset laktasi terjadi secara cepat sehingga ibu mau memberikan ASI eksklusif. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melanjutkan penelitian ini dengan mencari efek dari IMD dan hubungannya dengan onset laktasi dengan mengobservasi/mengevaluasi keberhasilan ASI eksklusif dan meneliti faktor-faktor lain yang mempengaruhi onset laktasi.

## DAFTAR RUJUKAN

- Clausen, T., Burski, T.K., Oyen, N., Gødang, K., Bollerslev, J. & Henriksen, T. 2005. Maternal Anthropometric and Metabolic Factors in the First Half of Pregnancy and Risk of Neonatal Macrosomia in Term Pregnancies. A Prospective Study. *European Journal Endocrinology*, 153: 887-894.
- Grajeda, R. & Perez-Escamilla, R. 2007. Stress During Labor and Delivery is Associated with Delayed onset of Lactation among Urban Guatemalan Women. *The Journal of Nutrition*, 132: 3055-3060.
- Hruschka, D.J., Sellen, D.W., Stein, A.D. & Martorell, R. 2003. Delayed Onset of Lactation and Risk of Ending Full Breast-feeding Early in Rural Guatemala. *The Journal of Nutrition*, 133: 2592-2599.
- Proverawati, A. & Rahmawati, E. 2010. *Kapita Selektasi ASI dan Menyusui*. Nuha Medika: Yogyakarta.

- Rivers, L.A.N., Chantry, C.J., Pearson, J.M., Cohen, R.J. & Dewey, K.G. 2010. Delayed Onset of Lactogenesis Among First-Time Mother Is Related to Maternal Obesity and Factors Associated with Ineffective Breastfeeding. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92: 574-584.
- Roesli, U. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Pustaka Bunda: Jakarta.
- WHO. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. WHO: Geneva.
- WHO. 2009. *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals*. WHO: Geneva.
- WHO dan IASO. 2000. *The Asian-Pacific Perspective: Redefining obesity and Its Treatment*. Health Communications Australia Pty Limited on Behalf on the Steering Committee: Australia.

## **PENGARUH INISIASI MENYUSU DINI TERHADAP PROSES INVOLUSIO UTERUS PADA IBU POST PARTUM**

**Sarwinanti**

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: sarwinantisamsudin@yahoo.com

**Abstract:** This experimental quantitative research with Pre Post Test Only Design aims to determine the effect of early initiation of the process involution post partum uterine maternal at PKU Muhammadiyah Yogyakarta Hospital. The sample of 60 respondents, divided into intervention group (30 respondents) and the non-intervention group (30 respondents). Analysis of data using Mann-Whitney test was obtained  $p > 0.05$  ( $p = 1.000$ ), meaning that there is no influence on the process of early breastfeeding initiation involution post partum uterine of the mother. The results showed that the group who performed early breastfeeding initiation, good uterine involution process as many as 28 people (93.3%) and that is not good as much as 2 people (6.7%). In the group that did not do early breastfeeding initiation, good uterine involution process as many as 25 people (83.3%) and that is not good as much as 5 people (16.7%).

**Keywords:** early breastfeeding initiation, involution uterine, post partum mothers

**Abstrak:** Penelitian kuantitatif eksperimental dengan rancangan Pra Eksperimen Post Test Only Design ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh Inisiasi Menyusu Dini terhadap proses involusio uterus pada ibu post partum di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sampel berjumlah 60 responden, terbagi dalam kelompok intervensi (30 responden) dan kelompok non intervensi (30 responden). Analisis data menggunakan uji statistik Mann Whitney-Test diperoleh  $p > 0,05$  ( $p = 1,000$ ), artinya tidak terdapat pengaruh inisiasi menyusu dini terhadap proses involusio uterus pada ibu post partum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok yang dilakukan inisiasi menyusu dini, proses involusio uterus baik sebanyak 28 orang (93,3%) dan yang tidak baik sebanyak 2 orang (6,7%). Pada kelompok yang tidak dilakukan inisiasi menyusu dini, proses involusio uterus baik sebanyak 25 orang (83,3%) dan yang tidak baik sebanyak 5 orang (16,7%).

**Kata Kunci:** inisiasi menyusu dini, involusio uterus, ibu post partum

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia yang masih tinggi saat ini masih merupakan masalah yang besar dan harus mendapatkan perhatian khusus dari pemerintah. Beberapa upaya untuk mengatasi masalah tersebut sudah dilakukan oleh pemerintah melalui beberapa program kesehatan yang bekerjasama dengan berbagai pihak, namun upaya tersebut belum membuahkan hasil yang cukup menggembirakan. Melihat kondisi yang masih memprihatinkan tersebut masih diperlukan upaya yang lebih baik dan maksimal agar AKI dan AKB di Indonesia dapat menurun.

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan salah satu upaya agar bayi dapat memperoleh ASI pertama kali dari ibunya segera setelah lahir. IMD adalah memberikan kesempatan pada bayi baru lahir untuk menyusu sendiri pada ibunya pada 30 menit pertama kelahirannya dengan meletakkan bayi di dada dan perut ibu segera setelah lahir. Hisapan pertama kali ini akan membantu pengeluaran hormon oksitosin, sehingga hormon oksitosin ini akan menyebabkan uterus berkontraksi dan akan mempercepat proses kembalinya uterus seperti semula. Kontraksi uterus yang baik akan meminimalkan terjadinya perdarahan pasca persalinan.

MDGs (*Mellinium Development Goals*) merupakan salah satu program pemerintah yang diupayakan untuk membantu mengatasi masalah kesehatan terutama Angka Kematian Ibu dan Bayi yang masih tinggi. Berdasarkan target dari MDGs yang telah dicanangkan oleh pemerintah, IMD turut berperan dalam pencapaian penurunan angka kemiskinan dan membantu mengurangi Angka Kematian Bayi dan Balita. Dijelaskan bahwa IMD akan mengurangi kematian bayi sebesar 22% pada bayi baru lahir sampai usia 28 hari. Hal tersebut didukung oleh WHO (2006) dalam *Protocol Evidence Based* tentang asuhan bayi baru

lahir yang dijelaskan bahwa pada satu jam pertama setelah lahir bayi harus mendapatkan kontak kulit (*skin to skin contact*) dengan ibunya.

Berpijak pada hal tersebut Inisiasi Menyusu Dini merupakan salah satu kegiatan yang akan dapat mensukseskan program pemerintah yang sudah seharusnya mulai dilakukan oleh petugas kesehatan. Adanya IMD akan meningkatkan kesejahteraan perempuan karena perempuan dapat berperan dalam pemberian ASI eksklusif bagi bayinya. Hal ini juga didukung oleh UU Kesehatan nomor 36 tahun 2009 yang telah diatur dalam Peraturan Pemerintah nomor 33 tahun 2012 tentang pemberian ASI eksklusif bagi bayi sejak lahir sampai usia enam bulan dan tidak boleh diberikan makanan apapun. Berdasarkan hal tersebut dapat dirumuskan masalah penelitian “Apakah ada pengaruh Inisiasi Menyusu Dini terhadap proses involusio uterus pada ibu post partum di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?” Hasil penelitian ini diharapkan adanya SOP tentang Inisiasi menyusu Dini di rumah sakit sehingga akan dapat meningkatkan kemampuan bayi dalam mendapatkan ASI dari ibunya untuk mewujudkan penurunan AKI dan AKB di Indonesia.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian Kuantitatif Eksperimental, yaitu merupakan suatu percobaan yang bertujuan untuk mengetahui suatu gejala atau pengaruh yang timbul sebagai akibat dari suatu perlakuan tertentu (Sastroasmoro, 2010). Jenis rancangan yang digunakan adalah Pra Eksperimen *Post Test Only Design*, merupakan suatu bentuk penelitian eksperimen yang mana perlakuan atau intervensi dilakukan, kemudian dilakukan pengukuran (observasi) atau *post test* (Sastroasmoro, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu post partum yang dirawat di RS

PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan teknik *accidental sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan mengambil responden yang pada saat itu datang di RS dan telah memenuhi kriteria sampel (Dahlan, 2010). Jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 60 responden yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu 30 responden untuk kelompok intervensi dan 30 responden untuk kelompok non intervensi. Kriteria sampel adalah ibu post partum normal, tidak dilakukan tindakan operasi SC, ibu dalam keadaan sehat/tidak ada gangguan jiwa.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan usia pada kelompok eksperimen, responden paling banyak berusia 20-30 tahun sebanyak 15 orang (50%) dan yang paling sedikit berusia kurang dari 20 tahun sebanyak 1 orang (3,3%). Sedangkan pada kelompok kontrol res-

ponden paling banyak berusia lebih dari 30 tahun sebanyak 15 orang (50%) dan paling sedikit berusia kurang dari 20 tahun yaitu 2 orang (6,7%). Berdasarkan paritas pada kelompok eksperimen mayoritas responden adalah multipara sebanyak 23 orang (76,7%) dan paling sedikit adalah primipara yaitu sebanyak 7 orang (23,3%). Sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas responden adalah multipara yaitu sebanyak 20 orang (66,7%) dan paling sedikit adalah primipara yaitu sebanyak 10 orang (33,3%).

Berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok eksperimen mayoritas responden berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 14 orang (46,7%) dan paling sedikit berpendidikan SMP sebanyak 3 orang (10%). Sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas responden berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 18 orang (60%) dan paling sedikit berpendidikan SMP sebanyak 1 orang (3,3%). Berdasarkan pekerjaan pada kelompok eksperimen mayoritas responden me-

**Tabel 1. Karakteristik Responden**

Karakteristik	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
Usia				
< 20 tahun	1	3,3	2	6,7
20- 30 tahun	15	50	13	43,3
>30 tahun	14	46,7	15	50
Jumlah	30	100	30	100
Paritas				
Primipara	7	23,3	10	33,3
Multipara	23	76,7	20	66,7
Jumlah	30	100	30	100
Pendidikan				
PT	14	46,7	18	60
SMA	13	43,3	11	36,7
SMP	3	10	1	3,3
Jumlah	30	100	30	100
Pekerjaan				
IRT	9	30	8	26,7
PNS	5	16,7	4	13,3
Swasta	16	53,3	18	60
Jumlah	30	100	30	100

memiliki pekerjaan swasta sebanyak 16 orang (53,3%) dan paling sedikit memiliki pekerjaan PNS sebanyak 5 orang (16,7%). Sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas responden memiliki pekerjaan swasta sebanyak 18 orang (60%) dan paling sedikit sebagai PNS sebanyak 4 orang (13,3%).

Gambaran karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi usia, paritas, pendidikan dan pekerjaan baik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dapat dilihat dalam tabel 1.

**Tabel 2. Proses Involusio Uterus Responden Kelompok yang Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini**

Involusio Uterus	Kelompok Perlakuan	
	Frekuensi	Persentase
Tidak Baik	2	6,7
Baik	28	93,3
Jumlah	30	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa pada kelompok yang dilakukan Inisiasi Menyusu Dini proses involusio uterus responden dengan kategori baik sebanyak 28 responden (93,3%) sedangkan dengan kategori tidak baik sebanyak 2 responden (6,7%).

**Tabel 3. Proses Involusio Uterus Responden Kelompok yang Tidak Dilakukan IMD**

Involusio Uteri	Kelompok kontrol	
	Frekuensi	Persentase
Tidak Baik	5	16,7
Baik	25	83,3
Jumlah	30	100

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa pada kelompok yang tidak dilakukan IMD proses involusio uterus responden yang

kategori baik sebanyak 25 orang (83,3%) sedangkan yang kategori tidak baik sebanyak 5 orang (16,7%). Berdasarkan uji analisis data dengan menggunakan *Uji Mann Whitney test* didapatkan hasil seperti ditunjukkan pada tabel 4.

**Tabel 4. Hasil Uji Mann Whitney Test**

	Involusio Uterus
<i>Mann Whitney U</i>	450,00
<i>Wilcoxon W</i>	915,00
<i>Z</i>	0,000
<i>Asymp.Sig.(2-tailed)</i>	1,000

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan  $p\text{ value}=1,000$  ( $p>0,05$ ), artinya bahwa tidak terdapat pengaruh antara Inisiasi Menyusu Dini terhadap proses involusio uterus pada ibu post partum di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.

### Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa usia responden pada kelompok eksperimen sebagian besar usia 20-30 tahun. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian responden berusia lebih dari 30 tahun. Usia 20-30 tahun merupakan usia dewasa muda yang merupakan usia yang tepat dan baik untuk menjalankan fungsi reproduksi sehat.

Mayoritas responden memilih usia reproduksi agar aman dan sehat dalam menjalankan fungsi reproduksi, artinya memilih usia tersebut agar memiliki resiko yang rendah untuk mengalami komplikasi saat persalinan. Sedangkan usia lebih dari 30 tahun masih merupakan usia reproduksi, hanya saja pada usia tersebut memiliki resiko komplikasi yang lebih besar dibandingkan usia 20-30 tahun (Bobak, 2008).

Perkembangan kognitif usia dewasa muda dan menengah menunjukkan pening-

katan pola berfikir secara rasional, tetapi seseorang yang mengalami keterbatasan dalam fasilitas dan sumber pendukung menyebabkan responden mengalami keterbatasan dalam mengoptimalkan perkembangannya (Pilliteri, 2008). Semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dalam kurun waktu reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan, persalinan, dan menyusui adalah 20-30 tahun yang merupakan waktu yang sesuai dengan masa reproduksi, sangat baik dan sangat mendukung untuk meminimalkan terjadinya komplikasi saat melahirkan.

Umur ibu sangat menentukan kesehatan maternal karena berkaitan dengan kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas, serta cara mengasuh juga menyusui bayinya. Ibu yang berumur kurang dari 20 tahun masih belum siap secara fisik maupun psikologis untuk menjalankan fungsi reproduksinya sehingga apabila organ yang belum siap dipaksa untuk melakukan fungsi reproduksi akan lebih memiliki resiko.

Pada ibu yang berumur 20-30 tahun disebut juga masa reproduksi sehat, di mana pada masa ini diharapkan orang telah mampu untuk memecahkan permasalahan yang dihadapi dengan tenang secara emosional, terutama dalam menghadapi kehamilan, persalinan, nifas, dan merawat bayinya (Bobak, 2008).

Paritas responden pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol mayoritas responden adalah multipara sebanyak 23 orang (76,7%) dan 20 orang (66,7%). Pada ibu yang melahirkan pertama kali (primipara) secara fisiologis uterus belum kendor karena baru pertama kali dilewati janin dan produk kehamilan lainnya sehingga akan mempengaruhi proses involusio. Pada multipara akan memerlukan waktu yang lebih lama untuk proses involusio dibandingkan primipara (Pilliteri, 2008). Pada ibu

multipara memerlukan waktu yang lebih lama untuk proses involusio dibandingkan primipara, karena pada multipara uterus sudah kendor sehingga proses kembalinya uterus ke kondisi semula akan lebih lama. Berbeda dengan primipara kondisi uterus masih kencang sehingga waktu yang diperlukan untuk kembali ke kondisi semula relatif lebih cepat (Pilliteri, 2008).

Pendidikan responden pada kelompok eksperimen mayoritas memiliki pendidikan perguruan tinggi sebanyak 14 orang (46,7%) sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 18 orang (60%). Pendidikan akan mempengaruhi seseorang dalam menghadapi proses persalinan dan setelah persalinan sehingga akan dapat proses involusio.

Pekerjaan responden pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol mayoritas swasta yaitu sebanyak 16 orang (53,3%) dan 18 orang (60%). Pekerjaan seseorang akan dapat mempengaruhi dalam aktivitas sehari-hari sehingga juga akan dapat mempengaruhi kontraksi uterus. Pada ibu yang aktif akan dapat menyebabkan pembuluh darah lancar dan akan menyebabkan suplai darah ke jaringan juga baik dan adekuat sehingga sel-sel yang ada di dalam uterus juga akan mengalami kondisi yang baik pula, dibandingkan dengan ibu yang kurang aktif.

### **Pengaruh IMD terhadap Proses Involusio Uterus pada Ibu Post Partum**

Hasil uji statistik dengan *Mann Whitney test* didapatkan nilai  $p > 0,05$  ( $p\text{ value} = 1,000$ ), hal tersebut menunjukkan bahwa IMD tidak berpengaruh terhadap proses involusio uterus. Hal tersebut dapat juga dipengaruhi oleh faktor lain yang dapat mempengaruhi proses involusio uterus antara lain paritas, usia, mobilisasi dini, dan nutrisi. Faktor paritas, pada kelompok eksperimen responden yang multipara lebih

banyak dibandingkan kelompok kontrol. Paritas akan dapat mempengaruhi kontraksi uterus, pada ibu yang multipara uterus sudah kendor sehingga akan lebih lama waktu yang diperlukan untuk kembalinya uterus ke kondisi semula. Pada primipara uterus masih kuat karena baru pertama kali hamil, sehingga waktu yang diperlukan untuk kembalinya uterus ke kondisi semula lebih pendek (Pilliteri, 2008).

Pada faktor usia, kelompok eksperimen mayoritas responden berada pada usia reproduksi sehat yaitu usia 20-30 tahun, dimana pada usia tersebut merupakan usia yang tepat untuk menjalankan fungsi reproduksi. Sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas responden berada pada usia lebih dari 30 tahun, dimana usia tersebut merupakan usia yang beresiko untuk menjalankan fungsi reproduksi. Pada usia yang lebih dari 30 tahun organ uterus sudah mengalami penurunan fungsi, sehingga juga akan berpengaruh pada proses involusio uterus yang lebih lama.

Pada faktor mobilisasi dini, responden melahirkan secara normal sehingga mobilisasi dini dilakukan sesegera mungkin 2 jam setelah melahirkan. Pada faktor mobilisasi dini ini peneliti tidak mengendalikan, apakah seluruh responden melakukan mobilisasi dini pada dua jam post partum, karena peneliti tidak melihat secara langsung mobilisasi dini yang dilakukan oleh keseluruhan responden. Mobilisasi dini akan mempengaruhi pembuluh darah dan suplai oksigen maupun darah ke seluruh tubuh termasuk uterus, sehingga responden yang mobilisasi lebih cepat akan lebih cepat pula kembalinya uterus ke kondisi semula dibandingkan ibu yang mobilisasi lambat (Bobak, 2008).

Faktor nutrisi, akan juga mempengaruhi jaringan cepat pulih karena nutrisi yang mengandung banyak protein akan lebih cepat membantu kembalinya jaringan tubuh pada kondisi semula. Uterus setelah melah-

irkan mengalami perlukaan implantasi placenta, apabila nutrisi ibu cukup adekuat akan lebih cepat pulih daripada ibu yang nutrisinya kurang. Faktor nutrisi ini peneliti tidak dapat melihat makanan yang setiap hari dikonsumsi oleh responden, akan tetapi selama responden dirawat di rumah sakit mendapatkan makanan dari RS.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Dari hasil analisis dan pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa pada kelompok eksperimen mayoritas responden proses involusio uterus dalam kategori baik sebanyak 28 orang (93,3%) dan kategori tidak baik sebanyak 2 orang (6,7%). Pada kelompok kontrol mayoritas responden proses involusio uterus dalam kategori baik sebanyak 25 orang (83,3%) dan kategori tidak baik sebanyak 5 orang (16,7%). Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara IMD terhadap proses involusio uterus pada ibu post partum di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta ( $p\text{ value}=1,000$ ).

### Saran

Inisiasi Menyusu Dini hendaknya tetap dilakukan meskipun tidak berpengaruh secara signifikan terhadap proses involusio uterus dan perlunya dilakukan penelitian lanjutan tentang faktor lain yang dapat mempengaruhi proses involusio uterus sehingga akan dapat menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan bagi ilmu keperawatan.

## DAFTAR RUJUKAN

- Bobak, Lowdermilk, & Jensen. 2008. *Maternal Nursing*. 4th edition. Mosby: Philadelphia.
- Dahlan, M. Sopiudin, 2010. *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Sagung Seto: Jakarta.



- Pilliteri, A. 2008. *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing Family*. 4th edition. Lippincott: Philadelphia.
- Sastroasmoro, S., Ismael, Sofyan. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ketiga. Sagung Seto: Jakarta.

**Indeks Subjek**  
**JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN (JKK)**  
**Volume 10, Nomor 2, Edisi Desember, 2014**

**A**

*academic achievement*, 165  
*accidental sampling*, 209  
Angka Kematian Ibu, 148  
*anorexia*, 188  
*antenatal care*, 148  
Asisten Manajer Keperawatan, 109  
*assurance*, 138  
Asuhan Kebidanan, 125  
Atmarita, 117

**B**

*Baby-Friendly Hospital Initiative*, 200  
*Beck Depression Inventory* (BDI), 179  
Bidan Koordinator, 105  
bidan praktik swasta, 122  
*bonding attachment*, 125  
*bulimia nervosa*, 188  
Bull, M & Roberts, J, 113

**C**

*Celcus dan Areteus*, 155  
*Center for Disease Control and Prevention*, 173  
changing experience, 172  
*child abuse*, 188  
chronic kidney disease, 172  
*coefficient contingency*, 196, 202  
*Collaizzi*, 172  
*confidence level*, 157  
*coping mechanism*, 188  
*cross sectional study*, 130  
*cross sectional*, 154

**D**

*dependence-independence conflict*, 173  
*Dependent Variable*, 167  
diabetes mellitus, 154

diabetes tipe II, 117  
Dinas Kesehatan DIY, 200  
*Discharge Planning*, 103

**E**

early breastfeeding initiation, 207  
Early Initiation of Breastfeeding, 199  
*emotional abuse*, 187  
*empathy*, 138  
*erythropoietin*, 174  
*evidence based*, 175  
*explanation building*, 123

**F**

father's class, 147  
*fast food*, 117  
Feater dan Nicholas, 109  
Fisbach, F.T. , 113  
*Fishe's Exact Test*, 120  
*food industry*, 120  
Freedman, J.I., Sears, D.O., 171  
*fresh joy of stres*, 135

**G**

Gagal Ginjal Kronis, 173  
*grounded theory*, 180

**H**

Harper E.A., 113  
hemodialysis, 172  
*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), 176  
*Hubungan interpersonal* , 164  
ibu post partum, 208

**I**

*incest*, 187  
*Independen t-test*, 151

*in-depth interview*, 175  
*Indonesian Renal Registry*, 173  
*informed consent*, 175  
Inisiasi Menyusu Dini (IMD), 200, 208  
*involusio uterus*, 207

## **J**

*junk food*, 156

## **K**

Kartu Menuju Sehat (KMS), 148  
kelas bapak, 147  
Keluarga Berencana, 126  
Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), 148  
Kesehatan Keselamatan Kerja, 139  
ketoasidosis diabetika, 155  
*Kidney Early Evaluation Program* (KEEP), 178  
knowledge of pregnancy danger signs, 147  
Komunikasi Informasi dan Edukasi, 148  
Komunikasi *interpersonal*, 164  
Kuantitatif Eksperimental, 208

## **L**

learning achievement, 130  
*level significance*, 157  
Lichodziejewska-Niemierko, 174  
Looker dan Gregson, 135  
*lost follow-up*, 201

## **M**

makanan cepat saji, 120  
Manajer Keperawatan, 109  
Markey dan Igo, 106  
Masa Nifas, 123  
*Mellinium Development Goals*, 208  
microtoise, 115  
mikroangiopati, 155  
mobilisasi lambat, 212  
*multiple regression*, 167

## **N**

*National Health and Nutrition Examination* (NHANES), 178  
nefropati diabetika, 155

*neglect*, 187  
NIDDM, 117  
*non communicable diseases*, 119

## **O**

*One Sample Kolmogorov-Smirnov*, 150  
*onset of lactation*, 199  
*output block 2 methods enter*, 157

## **P**

*Paired t-test*, 151  
parents' perception, 186  
*patient and family gathering*, 182  
*Pearson Corelation*, 166  
Pembina Kesejahteraan Umat, 105  
pencegahan primer, 155  
pengetahuan tanda bahaya kehamilan, 147  
penyakit-penyakit non infeksi, 119  
*Perawatan Tali Pusat*, 198  
*perceived performance*, 139  
perilaku pasien, 154  
Perry and Potter, 104  
Perry, A. G. & Potter, P. A., 113  
*physical abuse*, 187  
*pitocin*, 203  
*post sectio caesaria*, 104, 137, 141  
*Post Test Only Design*, 207  
postpartum policy, 122  
Potter & Perry, 131  
*pretest posttest control group design*, 148  
Prihaningtyas, Rendi Aji, 162  
*Protection, Promotion and Support of Breast Feeding*, 200  
*public health practice*, 175  
*purposive sampling*, 149  
Puskesmas Pekuncen, 194  
Puskesmas Piyungan, 123  
Puskesmas Rengasdengklok, 149

## **Q**

quasi-eksperimental, 148

## **R**

*ready-to-eat-food*, 120  
*reframing*, 181

*reliability*, 138  
*responsiveness*, 138  
*role ambiguity*, 134  
*role conflict*, 134  
Royalmarsden, 107, 114  
RS Muhammadiyah Palembang, 154  
RS PKU Muhammadiyah Gombong, 174  
RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, 104  
RSUD Sleman, 201  
rumus Taro Yamane, 166

## S

SD Muhammadiyah Wonopeti 1, 115  
*searching for meaning in suffering*, 179  
*sectio caesaria*, 203  
*sedentary life style*, 116  
*Self Disclosure Theory*, 163  
*sexual abuse*, 187  
*simple random sampling*, 166, 193  
*skin to skin contact*, 208  
*Std. Error of the Estimate*, 167  
STIKES Muhammadiyah Lhokseumawe, 163  
STIKES Wira Husada Yogyakarta, 131  
*street food*, 117  
*struggle in suffering*, 182  
*Student Stres Scale*, 131  
*survey analitik*, 156  
susceptible, 155  
Swasono, M. F, 114  
Sydney Marshall Jourad, 163

## T

tanda bahaya kehamilan, 152  
Tandra, Hans, 162  
*tangible*, 138  
*Ten Steps to Successful Breastfeeding*, 200  
*tetanus neonatorum*, 194  
*the silent killer*, 155  
Tobing, Ade, 162  
*traditional life style*, 116  
*transcendence*, 180

## U

*Uji Mann Whitney test*, 210  
uji regresi logistik, 154  
*umbilicus*, 194  
*United Nations Children's Fund* (UNICEF), 200

## W

Waryono, Paulus, 162  
William F. Glueck, 164  
*withdrawal*, 170  
*World Health Organization* (WHO), 155, 200  
World Kidney Day, 173  
Worthington & William, 119

## Y

Yatkin & Labban, 131

**Indeks Pengarang**  
**JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN (JKK)**  
**Volume 10 Tahun 2014**

Achir Yani S. Hamid, 172	Puji Hastuti, 193
Agnes Erida Wijayanti, 130	Rahmah, 77
Ana Kurniati, 37	Retno Heru Setyorini, 122
Anastasia Sari Kusumawati, 130	Retno Mawarti, 199
Ani Dwi Pratintya, 1	Rivanica Rhipiduri, 8
Aric Vranada, 86	Samsi Haryanto, 103, 137
Arnika Dwi Asti, 172	Sarwinanti, 47, 207
Christina Pernatun K, 27	Siska Ariyani, 64
Dedeh Supriatin, 147	Siti Istiyati, 103
Endah Retno D., 27	Sofani Ridho, 77
Eny Retna A, 27	Subroto, 1
Ery Khusnal, 86	Suci Mayasari, 199
Fauzi Abubakar, 163	Sugiyanto, 96
Fitnaningsih Endang C, 137	Tenti Kurniawati, 54
Fitriani Mediastuti, 122	Tiwi Sudyasih, 115
Harmilah, 1	Tuti Herawati, 17
Hery Ernawati, 186	Umi Chabibah, 54
Jarot Subandono, 103, 137	Wafi Nur Muslihatun, 37
Krisna Yetty, 17	Wantonoro, 17
Mamnu'ah, 64	Yossie Susanti Eka Putri, 172
Metti Verawati, 186	Yuliasti Eka Purnamaningrum, 147
Miming Oxyandi, 154	Yuni Kusmiyati, 147
Noorwahyu Trihidayati, 115	Yuni Purwati, 86

**Daftar Nama Mitra Bebestari**  
**Sebagai Penelaah Ahli**  
**Tahun 2014**

Untuk penerbitan Volume 10 tahun 2014, Edisi Desember 2014, semua naskah yang disumbangkan kepada Jurnal Kebidanan dan Keperawatan (JKK) telah ditelaah oleh mitra bebestari (*peer reviewers*) berikut ini:

1. Wiwi Karnasih (STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta)
2. Heni Dwi Windarwati (Universitas Brawijaya)
3. Leni Latifah (Balai Penelitian dan Pengembangan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium Kemenkes Republik Indonesia)
4. Restu Syamsul Hadi (Universitas Fakultas Kedokteran Yarsi Jakarta)

Penyunting Jurnal Kebidanan dan Kebidanan (JKK) menyampaikan penghargaan setinggi-tingginya dan terimakasih sebesar-besarnya kepada para mitra bebestari tersebut atas bantuan mereka.

## **Petunjuk bagi Penulis**

### **JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN**

1. Artikel yang ditulis dalam Jurnal Kebidanan dan Keperawatan meliputi hasil penelitian di bidang kebidanan dan keperawatan. Naskah diketik dengan program Microsoft Word, huruf Times New Roman, ukuran 12 pts, dengan spasi At least 12 pts, dicetak pada kertas A4 sepanjang lebih kurang 20 halaman dan diserahkan dalam bentuk *Print-Out* sebanyak 2 eksemplar beserta softcopynya. Pengiriman file juga dapat dilakukan sebagai Attachment e-mail ke alamat: bp3m\_stikesayo@yahoo.com
2. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Sistematika artikel hasil penelitian adalah judul, nama penulis, abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode penelitian, hasil dan pembahasan, simpulan dan saran, serta daftar pustaka.
3. Judul artikel tidak boleh lebih dari 20 kata. Judul dicetak dengan huruf kapital di tengah-tengah, dengan ukuran huruf 14 poin.
4. Nama penulis artikel dicantumkan tanpa gelar akademik, disertai lembaga asal, dan ditempatkan di bawah judul artikel. Jika naskah ditulis oleh tim, maka penyunting hanya berhubungan dengan penulis utama atau penulis yang namanya tercantum pada urutan pertama. Penulis utama harus mencantumkan alamat korespondensi atau e-mail.
5. Abstrak dan kata kunci ditulis dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Panjang masing-masing abstrak maksimal 150 kata, sedangkan jumlah kata kunci 3-5 kata. Isi abstrak mengandung tujuan, metode, dan hasil penelitian.
6. Bagian pendahuluan berisi latar belakang, konteks penelitian, hasil kajian pustaka, dan tujuan penelitian. Seluruh bagian pendahuluan dipaparkan secara terintegrasi dalam bentuk paragraf-paragraf.
7. Bagian metode penelitian berisi paparan dalam bentuk paragraf tentang rancangan penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, dan analisis yang secara nyata dilakukan peneliti.
8. Bagian hasil penelitian berisi paparan hasil analisis yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Setiap hasil penelitian harus dibahas. Pembahasan berisi pemaknaan hasil dan perbandingan dengan teori dan/atau hasil penelitian sejenis.
9. Bagian simpulan berisi temuan penelitian yang berupa jawaban atas pertanyaan penelitian atau berupa intisari hasil pembahasan. Simpulan disajikan dalam bentuk paragraf. Saran ditulis secara jelas untuk siapa dan bersifat operasional. Saran disajikan dalam bentuk paragraf.
10. Daftar rujukan hanya memuat sumber-sumber yang dirujuk, dan semua sumber yang dirujuk harus tercantum dalam daftar rujukan. Sumber rujukan minimal 80% berupa rujukan terbitan 10 tahun terakhir. Rujukan yang digunakan adalah sumber-sumber primer berupa artikel-artikel penelitian dalam jurnal atau laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi). Artikel yang dimuat di Jurnal Kebidanan dan Keperawatan disarankan untuk digunakan sebagai rujukan.
11. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama akhir, tahun). Pencantuman sumber pada kutipan langsung hendaknya disertai keterangan tentang nomor halaman tempat asal kutipan. Contoh: (Davis, 2003: 47).
12. Daftar rujukan disusun dengan tata cara seperti contoh berikut ini dan diurutkan secara alfabetis dan kronologis.

**Buku:** Smeltzer, Suzane C. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth. Edisi 8. EGC: Jakarta.

**Buku kumpulan artikel:** Saukah, A. & Waseso, M.G. (Eds). 2002. Menulis Artikel untuk Jurnal Ilmiah (edisi ke - 4, cetakan ke-1). Malang: UM Press.

**Artikel dalam buku kumpulan artikel:** Russel, T. 1998. An Alternative Conception: Representing Representation. Dalam P.J. Black & A. Lucas (Eds). *Children's Informal Ideas in Science* (hlm. 62-84). London: Routledge.

**Artikel dalam jurnal atau majalah:** Kansil, C.L. 2002. Orientasi Baru Penyelenggaraan Pendidikan Program Profesional dalam memenuhi Kebutuhan Industri. *Transport*, XX (4): 57-61.

**Artikel dalam koran:** Pitunov, B. 13 Desember, 2002. Sekolah Unggulan ataukah Sekolah Pengunggulan, *Jawa Post*, hlm. 4 & 11.

**Tulisan/berita dalam koran (tanpa nama pengarang):** Jawa Pos. 22 April, 2006. Wanita Kelas Bawah Lebih Mandiri, hlm. 3.

**Dokumen resmi:** Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa. 1997. Pedoman Penulisan Pelaporan Penelitian. Jakarta : Depdikbud. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 tentang Sistem Pendidikan Nasional. 1990. Jakarta: PT Ammas Duta Jaya.

**Skripsi, tesis, disertasi, laporan penelitian:** Sudyasih, T. 2006. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberculosis Paru Dengan Sikap Orang Tua Anak (0-10 Tahun) Penderita Tuberkulosis Paru Selama Menjalani Pengobatan di Puskesmas Piyungan Bantul Tahun 2006. Skripsi Diterbitkan. Yogyakarta: PSIK-STIKES 'ASYIYAH YOGYAKARTA.

**Makalah seminar, lokakarya, penataran:** Waseso, M.G. 2001. Isi dan Format Jurnal Ilmiah. Makalah disajikan dalam Seminar Lokakarya Penulisan Artikel dan Pengelolaan Jurnal Ilmiah, Universitas Lambungmangkurat, Banjarmasin, 9-11 Agustus 2001.

**Internet (karya individual):** Hitchcock, S., Carr, L. & Hall, W. 1996. A Survey of STM Online Journals, 1990-1995: The Calm before the Storm, (Online), (<http://journal.ecs.soton.ac.uk/survey/survey.html>), diakses 12 Agustus 2006.

**Internet (artikel dalam jurnal online):** Kumaidi, 2004. Pengukuran Bekal Awal Belajar dan Pengembangan Tesnya. *Jurnal Ilmu Pendidikan*. (online), Jilid 5, No. 4, (<http://www.malang.ac.id>), diakses 20 Januari 2000.

13. Tata cara penyajian kutipan, rujukan, tabel, gambar pada artikel berbahasa Indonesia menggunakan Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan (Depdikbud, 1987).
14. Semua naskah ditelaah secara anonim oleh mitra bestari (*reviewers*) yang ditunjuk oleh penyunting menurut bidang kepakarannya. Penulis artikel diberi kesempatan untuk melakukan perbaikan (revisi) naskah atas dasar rekomendasi/saran dari mitra bebestari atau penyunting. Kepastian pemuatan atau penolakan naskah akan diberitahukan secara tertulis.
15. Segala sesuatu yang menyangkut perizinan pengutipan atau penggunaan *software* komputer untuk pembuatan naskah atau ihwal lain yang terkait dengan HaKI yang dilakukan oleh penulis artikel, berikut konsekuensi hukum yang mungkin timbul karenanya, menjadi tanggungjawab penuh penulis artikel.
16. Sebagai prasyarat bagi pemrosesan artikel, para penyumbang artikel wajib menjadi pelanggan minimal selama satu tahun (dua nomor). Penulis menerima nomor bukti pemuatan sebanyak 2 (dua) eksemplar dan cetak lepas sebanyak 2 (dua) eksemplar. Artikel yang tidak dimuat tidak akan dikembalikan, kecuali atas permintaan penulis.







## JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Jl. Ring Road Barat 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292  
Telp. (0274) 4469199; Fax. (0274) 4469204

Bersama ini kami kirimkan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 10, No. 2, Desember 2014 sebanyak ..... eks.

Untuk selanjutnya apabila Bpk/Ibu/Sdr/Institusi Anda berkenan melanggannya, mohon untuk mengisi blangko formulir berlangganan di bawah ini dan kirimkan ke alamat :

### REDAKSI JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Jl. Ring Road Barat No. 63, Mlangi, Nogotirto, Gamping, Sleman, Yogyakarta 55292.  
Telp (0274) 4469199 pesawat 166, Fax. (0274) 4469204



### FORMULIR BERLANGGANAN JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Nama : .....

☐ Mahasiswa ☐ Individu ☐ Instansi

Alamat : .....

Telp. : .....

Akan Berlangganan JKK:

Vol. .... : No. .... s/d .....

Sejumlah : ..... eks./penerbitan

Untuk itu saya akan mengirimkan biaya pengganti ongkos cetak dan ongkos kirim sejumlah :  
Rp. ....

Melalui : Transfer BRI Unit KH Ahmad Dahlan Yogyakarta  
a.n Jurnal Kebidanan dan Keperawatan  
No. Rek : 3005-01-013030-53-8

(fotokopi bukti pembayaran terlampir/dikirimkan ke alamat di atas)

Biaya berlangganan untuk satu tahun penerbitan: Rp 60.000 (Jawa) dan Rp 75.000 (Luar Jawa)



### TANDA TERIMA

Telah terima Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 10, No. 2, Desember 2014  
sebanyak: ..... eksemplar dengan baik.

Diterima di/tgl. : ..... (Harap dikembalikan ke alamat di atas, bila ada  
perubahan nama & alamat mohon ditulis)

Nama : .....

